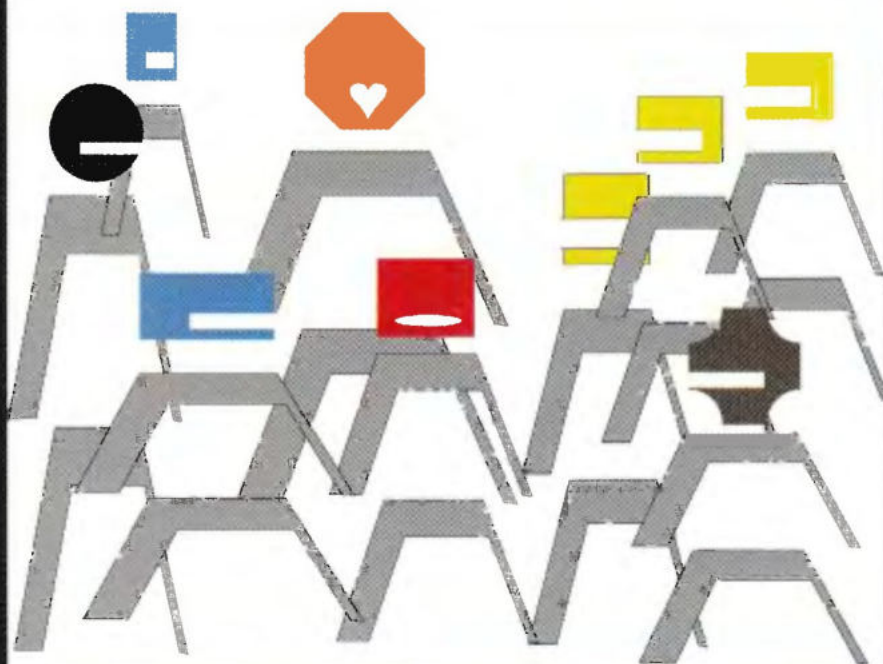


H. & I. GOLDENBERG

ÁTTEKINTÉS A CSALÁDRÓL

Harmadik kötet



Családterápiás sorozat 21.

Míg a Goldenberg: Áttekintés 2. kötetének hat fejezetében a családterápiás elmélet és gyakorlat klasszikus megközelítései szerepeltek, a jelen, harmadik kötetben azok az újabb teóriák és technikák kerülnek sorra, amelyek megkérdőjelezzik a múlt században kibontakozott hagyományos modelleket. Mondhatnánk, a 21. század családterápiájáról lesz szó.

Három nagy irányzat szerepel itt, mindegyiket egy-egy tudományos forradalom keltette életre. A kognitív-viselkedésterápiás megalapozottságú terápiák a 20. század eleji, mondhatni, romantikus ember- és terápiafelfogással szemben a kísérletes bizonyíthatóságot, a pszichés változások pontos, objektív követését célozzák. A pszichoterápia történetében először kezelési protokollokat használ – így megfelel a menedzselt betegellátás követelményeinek is.

A másik két nagy irányzatot megalapozó posztmodern látásmódot emberi világunk elképesztő mértékű kitágulása alapozta meg. Nemcsak a hírközlés, az utazás lehetőségeinek fejlődése, hanem a múlt század utolsó évtizedeiben meglódult, a nemzeti határokat jószerivel elmosó világméretű mobilitás nyomán a kultúrák és a családok olyan sokszínűsége jelent meg, amely ízekre szedte az önelégült meggyőződéseket a tudás bizonyosságáról. A konstruktivizmus szerint az emberek inkább kitalálják, mint felfedezik a valóságot; vagyis nincs „igazi” valóság, csak megegyezéssel elfogadott, a nyelv és a viszonylagos tudás által létrehozott konstrukciók rendszere.

Ennek megfelelően a posztmodern terapeuták visszautasítják annak eldöntését, hogyan kellene működnie az adott családnak, és mi lenne a legjobb módja helyrezökkenésének. Nem a szakértő, hanem a résztvevő pozíciójából közelítenek. Ebből következően a konstruktivista és a narratív terápiás gyakorlat egalitárius, együttműködő, technikailag eklektikus és tiszteli a sokszínűséget.



Herbert és Irene Goldenberg

ÁTTEKINTÉS
A
CSALÁDRÓL

Három kötetben

3. kötet



Berzsenyi Dániel Könyvtár



0 000006 687366

SZOMBATHÉLY

FAMILY THERAPY: AN OVERVIEW
Herbert and Irene Goldenberg

© 2008, 2004 Thomson Brooks/Cole

© Hungarian edition: Animula 2008

ISBN 978 963 9751 19 4



ANIMULA KIADÓ
Honlap: www.animula.hu
Szerkesztőség és könyvesbolt: 1026 Budapest, Bimbó út 184.
Rendelés interneten: mail@animula.hu
Tel: 200-5317, tel/fax: 200-0716
A kiadásért felel: Biró Sándor dr.

Tartalom

HARMADIK KÖTET

IV. RÉSZ. ÚJ IRÁNYZATOK A CSALÁDTERÁPIÁBAN

13. fejezet. Viselkedéses és kognitív-viselkedéses modellek 5
Viselkedésterápia és családi rendszerek 5—Növekvő eklekticizmus: bekapcsolódik a kognitív szemlélet 8—Kulcsszerepben az értékelés 11—Viselkedés-orientált családterápiák 14—A funkcionális családterápia 31—Együttes szexterápia 35—A konstruktivista kapcsolat 40
14. fejezet. Szociális konstruktivista modellek I: A megoldás- 43
központú és a kollaboratív terápia
A posztmodern forradalom hatása 46—A terápia posztmodern szemszögből 47—A posztmodern felfogás kapcsolata a posztmodern szemlélettel 49—A valóságot csinálják, nem felfedik 50—A szociális konstruktivista terápiák 52
15. fejezet. Szociális konstruktivista modellek II: A narratív 74
terápia
Poszt-strukturalizmus és dekonstruktivizmus 76—Ön-narratívák és kulturális narratívák 80—A terápiás beszélgetés 82—Terápiás ceremóniák, levelek és ligák 88
16. fejezet. Pszichoedukatív modellek 95
Család és a súlyos mentális betegség 96—Az orvosi családterápia 103—Rövid edukatív programok 110

V. RÉSZ. ZÁRÓ FEJEZETEK

17. fejezet. A becslési folyamat és a terápiás eredmény kutatása 119
Minőségi és mennyiségi kutatási módszertanok 121—A párok és családok felmérését érintő kutatások 124—A folyamat és a terápiás eredmény kutatása 134—A bizonyíték-alapú családterápia: záró megjegyzések 143
18. fejezet. A családelméletek és -terápiák összehasonlítása 146
Az elméletek összehasonlítása 147—A terápiák összehasonlítása 156
- Függelék. Családterápiás fogalmak magyarázata 171
Tartalom 183

AZ ELSŐ KÖTET TARTALMA

I. RÉSZ. A CSALÁDPSZICHOLOGIA ALAPJAI

1. fejezet. A család mint kapcsolatok rendszere
2. fejezet. A család fejlődése: folytonosság és változás
3. fejezet. Nemi, kulturális és etnikai tényezők a családműködésben
4. fejezet. Kapcsolódó rendszerek: az egyén, a család és a közösség

II. RÉSZ. A CSALÁDTERÁPIA KIALAKULÁSA ÉS GYAKORLATA

5. fejezet. A családterápia eredete és fejlődése
6. fejezet. A hivatás kérdései és etikai gyakorlat

A MÁSODIK KÖTET TARTALMA

III. RÉSZ. A CSALÁDTERÁPIA KIÉPÜLT ISKOLÁI

7. fejezet. Pszichodinamikus modellek
8. fejezet. Transzgenerációs modellek
9. fejezet. Élményközpontú modellek
10. fejezet. A strukturális modell
11. fejezet. A stratégiai modellek
12. fejezet. A milánói modell

13. fejezet

Viselkedéses és kognitív-viselkedéses modellek

A továbbiakban a családterápia viszonylag új modelljeit tárgyaljuk, mivel ezeket az elveket csak az utóbbi harminc évben kezdték alkalmazni a pár- vagy családi kapcsolatokra. A terápiás célú *viselkedéses módszerek* használata egyéneknél azonban egészen az 1960-as évek elejéig nyúlik vissza. Főként a kísérletileg igazolhatatlan pszichodinamikus elmélettel és technikával szembeni reakcióként indult el az a pszichológiai irányzat, amely tudományos módszereket kezdett alkalmazni a pszichoterápiás folyamatra. A *kognitív terápiák*, különösen családokra vonatkoztatva, az 1980-as években bontakoztak ki, az addig párkonfliktusokban alkalmazott viselkedésterápiák kiterjesztéseként.¹⁸³

VISELKEDÉSTERÁPIA ÉS CSALÁDI RENDSZEREK

A viselkedés módosítását célzó korai erőfeszítések a tanulásméлет és más kísérletes elvek alkalmazását foglalták magukban. Ezekben a kezdeti megfogalmazásokban a családtagokat, ha egyáltalán figyelembe vették, a kliens természetes közege részének tekintették; és a terapeuta, keresve a módokat a problémás vagy maladaptív viselkedés kioltására, megfigyelte, hogyan stimulálja vagy váltja ki ez a „természetes közeg” az adott viselkedést a kliensben. Miközben úgy vélték, hogy az egyén deviáns viselkedésének módosítása igényli a család kulcsfiguráinak viselkedésbeli változásait, a terápiás beavatkozást a családra mint egészre csak ritkán alkalmazták.

A viselkedésmódosító eljárások három úttörő alakja a rokon területekről érkezett – a szociális munkás Richard Stuart,⁷⁸¹ a pszichológus Gerald Patterson⁶³⁵ és a pszichiáter Robert Liberman.⁴⁹³ Ezek a korai behavioristák hajlottak arra, hogy a családokban látható konkrét viselkedési problémákat (a szülők szegényes kontaktusa egymással, a gyerekek és serdülők

lők acting out reagálása stb.) családi folyamatként fogják fel, és megkíséreltek átfogó képet nyerni a családi dinamikáról.⁶⁹¹ A terápiás befolyást a megfigyelhető viselkedésre korlátozva, minden intrapszichés vagy kapcsolati okságot kizárva, a **megerősítés** eszközével kísérelték meg kioltani vagy manipulálni a célba vett viselkedést.

A viselkedésterapeuta, megfigyelve egy gyerek deviáns viselkedési mintáit, azt tételezi fel, hogy a problémás viselkedést legalább részben a más családtagtól jövő megerősítés (azaz, az adott viselkedést azonnal követő és eseményfüggő következmény) tartja fenn.²⁴⁸ Bár a terápiás erőfeszítés az egyénre összpontosul, a viselkedésterapeuta mindazonáltal megpróbálja párhuzamosan a fontos családtagokat is instruálni arról, hogyan lenne a legjobb módosítani a saját viselkedésüket, hogy ne vegyenek részt a kliens deviáns viselkedésének fenntartásában. Patterson⁶³⁷ főleg szülőknek *viselkedési tréningeket* fejlesztett ki (gyakran a kliens otthonában kivitelezve), lényegében tanulásméleti kísérletek klinikai adaptációját, amely a sokproblémás gyerek viselkedésmódosítását építgő célzotta, mint a szülők megerősítő reakcióinak blokkolását.

A család mint gondolkodási keret elfogadása

A párokkal vagy teljes családokkal dolgozó viselkedésterapeuták hasonló szerepet vettek fel (tanár, tréner, modellképző figura), és ennek megfelelő beavatkozási készletet, a szóban forgó (például, problémamegoldó vagy kommunikációs) készségek, és ezek nyomán a maladaptív minták megváltoztatására. Az első *viselkedésszerű pártérápiának* Liberman⁴⁹³ és Stuart⁷⁸⁰ voltak a kezdeményezői, egymástól függetlenül. Ők a skinneri **operáns kondicionálás**on alapuló intervenciókat kínáltak, amelyekkel bizonyos reagálásokat szelektív jutalmazással lehet úgy befolyásolni, hogy a jövőben gyakrabban forduljanak elő, mint a nem jutalmazott válaszok.

A Los Angeles-i California Egyetemen működő Liberman, mentálisan beteg taggal rendelkező családokkal dolgozva, abban is úttörő volt, amit ma pszichoedukációnak neveznek. Stuart elsősorban pároknál alkalmazta a **kontingencia-kontraktust**, egy írásos feljegyzést, amelyben rögzítették a családtagok közötti kölcsönösen megerősítő viselkedéscserét, csökkentendő a nem kívánt vagy problémás viselkedést. Más korai viselkedésterapeuták, mint például a dél-afrikai pszichiáter Joseph Wolpe,⁸⁷⁸ egy

sor deszenzitizálási technikát dolgozott ki, Pavlov és Watson **klasszikus kondicionálására** alapozottan.

A 13.1. keretben összefoglaljuk az eredetileg a kísérletes tanulásméleti elveken alapuló főbb viselkedésterápiás feltevéseket. Az ilyen megközelítés a problémás családokra irányul. Érdemes megfigyelni a tudományosan megalapozott módszertan fontosságát, a családi működés és a kezelési terv értékelése közötti folyamatos összjátékot, a beavatkozások korlátozását a konkrét, problémás viselkedésmintákra, és a célzott változás mérésének visszajelzéseit.

13.1. A viselkedésterápia tíz alapfeltevése⁸¹¹

1. Minden normális és rendellenes viselkedés azonos módon keletkezik és rögzül, mégpedig a tanulásmélet azonos elvein szerint.
2. A viselkedési zavarok tanult maladaptív minták, és nem szükséges megletűkhöz valamilyen mögöttes ok vagy láthatatlan motívumot feltételezni.
3. A maladaptív viselkedés, például tünetként, maga a zavar; tehát nem valamilyen mélyebb, mögöttes betegség vagy zavar megnyilvánulása.
4. Nem lényeges feltárni a tanult zavar konkrét körülményeit vagy pontos helyzetét; ezek a körülmények rendszerint amíg is általában visszakereshetetlenek. A vizsgálódás fókuszában azokat az aktuális tényezőket kell tartani, amelyek támogatják és fenntartják a nem kívánt viselkedést.
5. A tanult maladaptív viselkedést ki lehet oltani és felváltani új tanult viselkedésmintákkal.
6. A kezelés magában foglalja a tudományos pszichológia kísérleti eredményeinek alkalmazását, egy pontosan részletezett, objektíven értékelhető és könnyen reprodukálható fejlődő módszertan hangsúlyával.
7. Az értékelés a kezelés folyamatos része, mivel a kezelés hatékonyságát folyamatosan értékelik és a konkrét beavatkozásokat az adott problémákhoz szabják.
8. A viselkedésterápia az itt-és-most nehézségekre összpontosít, és nem a múlt rekonstruálására, feltárására. A terapeuta abban segít, hogy a kliens azonosítsa és változtassa meg a nem kívánatos viselkedést erősítő környezeti ösztönzéseket.
9. A kezelés kimenetelét a mérhető változások tekintetében értékelik.
10. A viselkedésterapeuták az adott terápiás technikák kutatását folyamatosan folytatják.

NÖVEKVŐ EKLEKTICIZMUS: BEKAPCSOLÓDIK A KOGNITÍV SZEMLELET

Az 1970-es évek végével néhány behaviorista a viselkedés egyenletéből kezdte egyre kevesebb határozottsággal távol tartani a mentális tevékenységet, felismerve, hogy a kognitív tényezők (attitűd, gondolatok, hiedelmek, attribúció, elvárások) szintén hatnak a viselkedésre. Ők a viselkedésterápiás főirányhoz egy kiegészítő kognitív összetevőt is hozzákapcsoltak, különösen párok kezelésekor. Ezt az áttörést követően a kognitív és viselkedési kölcsönhatásokat egyaránt hangsúlyozó *kognitív-viselkedésterápiával*, nem kis részben a vizsgálatokban bebizonyosodó hatékonysága miatt, egyre több családterapeuta megbarátkozott.⁶⁹ Ma, a kognitív-viselkedéses párterápia területén nagyobb számú kontrollált felmérés készült, mint bármelyik más terápiás modalitásban.¹⁸⁸

Vezető terapeuták

Általában a pszichológus Albert Ellisről és a pszichiáter Aaron Beckről tartják, hogy ők ajánlottak elsőként kognitív fogásokat a párkapcsolatok kezelésében. Ellis elmélete²²⁶ szerint (ez a diszfunkcionális viselkedés ún. ABC-elmélete) nem a kliens aktiváló életeményeinek (A=activating) vannak felzaklató következményei (C=consequences), hanem az ezekhez hozzátett irreális értelmezések vagy hiedelmek (B=beliefs) nyomán keletkezik a zavar. Az érintettnek nem valós elvárásai támadnak a kapcsolatáról, például „katasztrofizál” egy közhelyes nézeteltérést és negatív értékeléseket sulykol magába („értéktelen vagyok, csupa kudarc vagyok”). Tehát nem egy egyszerű veszekedésről van szó, hanem egy eltűzött, logikátlan vagy másként hibás értelmezésről, az érintett negatív következtetéseivel önmagáról vagy a kapcsolat jövőjéről. Ellis azt állította, hogy *kognitív módosítással* lehet segíteni a kliensnek abban, hogy másként tekintse észleléseit és új megállapításokra jusson („Felkavar, hogy nem értünk egyet, de ez nem jelenti azt, hogy én személyként kudarcot vallottam, vagy hogy a házasságunk tönkrement”).

Míg Ellis szemléletében párkonfliktus akkor jelentkezik, amikor a partnereknek a kapcsolatukról irreális hiedelmeik és elvárásaik vannak, Beck horizontja szélesebb és nagyobb mélységben befogadja a családi kapcsolati mintákat. A családi kapcsolatok, a gondolatok, az érzelmek és az interaktív viselkedés kölcsönösen befolyásolják egymást. Beck nézetei tehát inkább összeegyeztethetők a rendszerperspektívával.¹⁸³ Ő eredeti-

leg pszichoanalitikusként képződött, ám a depressziós pácienseivel folytatott kutatásai nyomán kételkedni kezdett az analitikus depresszió-felfogásban, miután kiderült, hogy ezek a személyek jellegzetes gondolkodási hibákat követnek el (negatív gondolatok önmagukról, a világról, a jövőről). Feltételezte, hogy a depressziós, az életében valamikor korábban bekövetkezett szerencsétlen személyes és kapcsolati tapasztalatai nyomán negatív *sémákat* fejleszt ki (tartós maghiedelmek és attitűdök az emberekről, kapcsolatokról, amelyek azután torzítják a rákövetkező észlelést és gondolkodást); ezeket bizonyos, hasonló események gondolatilag reaktiválják. Kognitív torzítások következnek, a valóság félreismeréséhez vezetve. Beck terápiás erőfeszítései olyan tapasztalatok nyújtását célozták, az ülések keretében és azokon kívül is, amelyek cáfolják az ilyen következtetéseket (vagyis a reménytelenségről stb. szülő automatikus gondolatokat) és ennek nyomán képesek módosítani a negatív sémákat. Az aktuális torzult hiedelmek megváltoztatásán túl, Beck támogatta, hogy a terapeuta és a kliens együtt dolgozva tanítsanak a kliensnek olyan új módszereket, amelyekkel a jövőben is értékelni tudja másféle hiedelméit.

Beck családelmélete értelmében minden családtag sémakészletében vannak attribúciók arról, miért fordulnak elő bizonyos események a családban, hogyan kellene működnie a hitvesi kapcsolatnak, milyen típusú gondokra lehet számítani egy házasságban, milyen felelőssége van az egyes tagoknak, miként kellene nevelni a gyerekeket, és hasonló kogníciók a családi életéről.⁷¹⁵ Ezek a sémák nagymértékben befolyásolják a személy gondolkodását, érzelmeit és viselkedését a családon belül. A családi sémák közös, megosztott hiedelmek; természetesen lehetnek hibásak vagy torzulhatnak, és mindenekelőtt kihatnak arra, ahogyan a család tagjai – érzelmileg és viselkedésükkel – reagálnak egymásra. A terápia felől az a feladat, hogy a családot felkészítsék diszfunkcionális hiedelmei újraszervezésére, aminek következtében a viselkedési mintáik is megváltoznak.

Az Ellis-féle racionális-emotív terápiában^{*}, illetve a Beck kognitív-terápiájában felvetett elképzelések a családterapeuták előtt erősen leegyszerűsítettnek tűntek, összehasonlítva a sokkal komplexebb családi elméletekkel. Azok népszerűsége magaslatán így kevés figyelmet kaptak.

* Ellis²²⁷ a saját, a behavior szemlélettel rokon megközelítést racionális-emotív terápiának (REM) nevezte el. Szerinte ez a gondolkodás, az érzelmek és az akarat és viselkedés közötti kölcsönhatásokat pontosabban írja le. A kognitív terapeuták úgy vélik, hogy az egyén gondolkodásmódja dönti el, hogyan érez és viselkedik.

Azonban a 1980-as évek végétől, köszönhetően a kognitív-viselkedéskutatók által lefolytatott számos rendszer-barát vizsgálatnak (például a partner észlelésének, gondolatainak és elvárásainak szerepéről) a kognitív beavatkozások a pár- és családterápiában egyre inkább meghonosodtak. Ma Frank Dattilio (Pennsylvania Egyetem),¹⁶⁴ Norman Epstein (Marylandi Egyetem),²³⁰ és Donald Baucom (Észak-Karolina Egyetem)²³³ számítanak a legjelentősebbeknek ezen a területen.

A kognitív módosítás

Elismerve, hogy a problematikus reagálást a családban a torzult vagy diszfunkcionális hiedelmek (sémák), attitűdök, elvárások stb. közvetítik, ma sok behaviorista kiszélesítette felfogását a kognitív módosítás eljárások használatával. Ez annak érdekében történt, hogy segítsék a diszfunkcionális értelmezések feltárását, az automatikus gondolatok és feltevések módosítását és az akadálytá vált sémák megváltoztatását („A férjem nem csukja le a vécétetőt – nyilvánvalóan nem érdeklik az én érzéseim”). A kognitív elmélet és kutatás főleg a pár- és házasságterápiában nagy hatású. Hasonlóan ahhoz, ahogyan a behavioristák integrálták a kogníciót a kezelési módszereikbe, Dattilio¹⁶⁵ a kognitív-viselkedéses elméletet és technikát próbálta más pár- és családterápiás modellekkel is integrálni.

A kognitív-viselkedéses szemlélet

A kognitív-behavioristák szemléletében az emberek sem belső konfliktusoknak nincsenek kiszolgáltatva (mint az ortodox pszichoanalízis szerint), sem segélytelenül kitéve a külső erőnek (ez lenne az ortodox behavior-pozíció). Ehelyett a személyes működést a viselkedés és a külső körülmények közötti folytonos, kölcsönös hatás eredményének tekintik.

Miközben valaha a behavioristák kizárólag a nem kívánt viselkedést fenntartó környezeti feltételek változtatására törekedtek, a mai kognitív-viselkedésterápia az önszabályozás és az önirányítás fontosságát hangsúlyozza. A gondolatok és a cselekvés módosítását az egyén tudatos gondolkodási mintáinak megváltoztatásával kísérli meg. Meichenbaum,⁵⁵⁸ egy vezető kognitív-behaviorista (különleges érdeklődéssel a stressz kezelése iránt) szerint a kognitív-viselkedésterápia a pszichodinamika klinikai érdeklődését és a rendszerszemléletű terápiákat a viselkedésterápia technológiájával próbálja meg összeegyeztetni.

Bár a modern kognitív-viselkedésterápia kevésbé kizárólagosan összpontosít a megfigyelhető viselkedésre, mint a valamikori radikális behaviorizmus, hanem a kliens gondolkodási folyamatait is próbálja módosítani, „nagy értéket tulajdonít az aprólékos megfigyelésnek, a hipotézisek gondos tesztelésének és a tapasztaltak alapján történő folyamatos önkorekcióknak”.⁴⁸² A viselkedésterápiás gyakorlatot „a személyes és társas problémák olyan tapasztalati megközelítéseként lehet meghatározni, amelyben a becslést-értékelést és a beavatkozás módszereit minden lehetséges ponton a kutatás alapozza meg.”⁹²⁸⁷

Ennek a megközelítésnek egyedülálló hozzájárulása nem pszichopatológiai felfogásában vagy az alapelvekhez, az elmélethez való ragaszkodásában van, vagy akár a beavatkozások egyedi készletében, hanem a tudományos metodológia és a precíz, adatokra épülő eljárások használatában.

Bár a hagyományos viselkedéstani nézőpont továbbra is úgy koncentrált az azonosított páciensekre, mint a probléma hordozóira, és ebben az értelemben erősen lineáris szemléletű, sok, korábban viselkedésközpontú terapeuta^{17,423} próbál alkalmazkodni egy rendszer-viselkedés-kogníció perspektívához.⁴ A legtöbb kognitív-viselkedéses irányultságú családterapeuta ma a családi kölcsönhatásokat úgy tekinti, mint amelyeket környezeti események előznek meg és követnek. Ezek az események (avagy esetlegességek, kontingenciák) a kognícióval együtt határozzák meg az egyes családtagok viselkedésmintáinak formáját és gyakoriságát.²³⁶

KULCSSZEREPBEN AZ ÉRTÉKELÉS

Beck⁷⁴ szerint a viselkedésterapeuták, és még inkább a kognitív terapeuták megegyeznek abban, hogy

empirikusak, a jelenre és annak nehézségeire figyelnek, és megkövetelik a probléma és az azt körülvevő helyzet és következmények világos, kifejezett azonosítását. (232)

A terapeuta, a probléma azonosítására törekedve, a változást kvantitatíve, mennyiségileg méri, az eredmény hitelesítésére pedig további kutatást

* Különösen érdekes váltást látunk Gerald Pattersonnál, aki valaha szigorú behaviorista volt, ám sok nézetét módosította, miután tanulmányozta a rendszerszemléletet Salvador Minuchinnál. Egy másik példa James Alexanderé, ő szintén ortodox behaviorista volt, de amikor kialakította az ún. *funkcionális családterápiát*,¹⁷ klinikai gondolkodásába stratégiai elképzeléseket is bevont. Jacobson és Christensen⁴²³ pedig a hagyományos viselkedési terápiáit túl korlátozottnak találták és egy integratívabb megközelítést fejlesztettek ki pároik számára.

folymat. A terápia-tervezés hangsúlyozza a hozott probléma gondos értékelését (a családi nehézségek **viselkedés-elemzését**) és olyan közvetlen, pragmatikus kezelési technikát, amely alkalmasak a tünetek enyhítésére és megtanítja a családot, hogyan javíthat kommunikációs és önirányító készségein.

A viselkedés-elemzés a konkrét tények tárgyilagos rögzítését tartalmazza, benne az esemény kiváltójaként szolgáló megnyilvánulásokat és a problémás viselkedés kapcsolati következményeit.²³⁶ Ekközben az interjút készítő próbálja pontosan megtalálni, mely viselkedésnek kellene megváltoznia.

Például egy olyan zaklatott családdal dolgozva, ahol a hozott problémát a négyéves kisfiú dühkitörései képezik, a viselkedésterapeuta pontosan tudni akarja, mit ért a család „dührohamon”, mi ennek a gyakorisága és tartama, konkrétan hogyan reagálnak erre az egyes tagok, és különösen kíváncsi a kitöréseket megelőző és rákövetkező eseményekre.

Tudakozódása alapján próbálja felmérni a probléma kiterjedését és a kiváltó és fenntartó környezeti tényezőket (például egy konkrét családtag jelenléte, valamilyen kulcsmondat, például a felszólítás a lefekvés-re, vagy egy jellegzetes időpont, például közvetlenül a vacsora előtt stb.). A környezeti körülmények értékelése különösen alapvető, mivel a viselkedésterápiában alapszabály, hogy minden (kívánatos és nemkívánatos) viselkedést a következményei tartanak fenn.

A párokkal és családokkal foglalkozó kognitív-behavioristák a viselkedésterápiában használatos becslési és kezelési technikákat használják, kiegészítve a hiedelemrendszer iránti speciális figyelemmel, és például pároknál az információs folyamat vizsgálatával. Egy tipikus becslés-értékelés¹⁹⁶ a két partner közös interjújával kezdődik, megfigyelve mindkettőjük felfogását a hozott problémáról. A külön-külön kitöltött kérdőívek és személyiségleltárak kiegészítik gondolkodásuk tisztázását a helyzetükről és kapcsolataikról. Ezt egyéni megbeszélés követheti, ezután kezdődnek a közös ülések. Mivel a becslés lényegében folyamatosan zajlik, terápia közben is több alkalommal van kérdőíves felmérés, a haladás követésére. Az ülésszám jellemzően korlátozott, és ez különösen vonzóvá teszi a megközelítést az egészségbiztosítók számára.

Mint Dattilio és Padesky¹⁹⁶ kiemelik, a kognitív terapeuták három kapcsolattal dolgoznak: (a) leghozzáérhetőbb az *automatikus gondola-*

tok szintje (elképzelések, hiedelmek, az adott helyzetről kialakított felfogás – „A férjem mindig elkésik, nyilván nem érdekli az, hogy én közben mit érzek”); (b) egy mélyebb szinten a *mögöttes feltevések* (melyekből az automatikus gondolatok „kikelnek” („Te nem számolsz azokkal, akik miattad vannak ott”); és (c) a maghiedelmek vagy *sémák* szintjén (az információt szervező rugalmatlan, feltétlen hiedelmek: „Én mindig egyedül maradok”). Maradva ennél a példánál: a kezdő mozzanat az anticipált magára maradásra épülő automatikus hiedelem, ez a feleséget végletes következtetésre készíti, befolyásolva a férje rákövetkező viselkedésének értékelését, és egy alkalmatlan érzelmi és viselkedési választ eredményez. A kognitív terapeuta, mielőtt bevezeti a kognitív átszervező programot, pontosan felméri a kapcsolati nehézség mértékét, az adott viselkedés frekvenciáját és a pár erre adott pozitív és negatív viselkedéseit.

Az értékelés menete viselkedésterápiában

Ez jellemzően két szinten történik:²⁴⁸ (1) *problémaelemzés*, azt kutatva, hogy az adott viselkedési hiányosság („A hétéves Michael dézsmálja az anyja pénztárcáját”; „A tizenéves Joan nem tud figyelni az iskolában”) milyen olyan mögöttes témával kapcsolatos, amelynek módosítása megoldaná a helyzetet; és (2) *működéselemzés*, vagyis azoknak a kölcsönhatásoknak a feltárása, amelyek a problémás viselkedés és az interperszonális környezet között fennállnak. A működéselemzés a problémás viselkedés közvetlen előzményeit és következményeit kutatja.

Itt tehát a terapeutát nemcsak a családtagok pozitív kapcsolódásának fokozása érdekli, az azt gátló környezeti feltételek javításával, de az érintettek felkészítése is arra, hogy fenn tudják tartani a viselkedésváltozást. Nem törődnek a mögöttes indítékokkal, a tudattalan konfliktusok feltárásával, nincs szó ösztönkésztetésekről, vagy a nem kívánt viselkedést kitermelő pszichés konstellációkról; nem szükségszerű, hogy az egyénnel vagy a családdal megtárgyalják az aktuális problémák eredetét. Ehelyett a viselkedést befolyásoló környezeti, helyzeti és kapcsolati tényezők kapnak hangsúlyt.⁴⁴⁷ A szigorúan behaviorista terapeuták csak a kliens viselkedésével foglalkoznak, és egyáltalán nem érdekli őket a viselkedést megalapozó személyiség.

Értékelés kognitív-viselkedésterápiában

Az előbbivel szemben a kognitív-viselkedésterápiában sor kerül a *belső tapasztalat* (gondolatok, hozzáállások, elvárások, hiedelmek) működés-clemzésére is. Ennek szemlélete kevésbé követi a lineáris okságot, a résztvevőket kapcsolataikban tekinti, akik értelmezik, megítélik és befolyásolják egymás viselkedését. Az adatgyűjtésben jellemzően háromféle eljárást használnak: önjellemző kérdőíveket, egyéni és közös interjút és a családi interakciók közvetlen megfigyelését.²³³ Mint a családi önjellemzés példája, az esti lefekvésnek ellenálló gyerekre panaszkodó szülőket arra kéri, hogy pontosan mérjék és jegyezzék fel a konkrét viselkedést és az arra adott reakciót („Az utolsó négy estén a nyolcéves fiunk hol nekem, hol a férjemnek rimánkodott, míg végül a férjem beleegyezett, hogy megnézheti az esti filmet”). A felnőttek kapcsolati problémái esetében sokszor használnak kérdőíves teszteket,^{223,233} hogy kitapogassák az irreális hiedelmeket vagy attribúciókat.

Az interjúból nyert adatokat, így az automatikus gondolatokat, azaz *hiedelmeket* („A férjem kerüli a beszélgetést velem esténként”), *elvárásokat* („Gyűlölök barátai találkozókat tervezni, mert a férjem mindig elkésik”), *tulajdonításokat* („Azért teszi azt, amit, mert nem törődik az én érzéseimmel”) a terapeuta megszondázza. A közvetlen megfigyelés például fókuszálhat a pár kommunikációs készségeire – vagy a konfliktust eszkááló hiányosságaikra –, miközben azt a feladatot kapják, hogy tervezzenek meg egy „gyerekek nélkül” estét. Másfelől, ha a terapeuta arra kéri őket, hogy itt a rendelőben beszéljenek meg egy kérdést, felfedezhetik addig lappangó készségeiket. A strukturált feladatokat (például, szerepjátékokban a kamasz fiú előadja igényét a lefekvés idejének kitolására) a kognitív-viselkedésterapeuták gyakran használják arra is, hogy ellenőrizzék az elért eredményt.²³⁶

VISELKEDÉS-ORIENTÁLT CSALÁDTERÁPIÁK

A viselkedés-orientált családterapeuta, összevetve rendszerszemléletű kollegáival, inkább hagyatkozik pontosan kivitelezhető klinikai eljárásokra (mint amilyen például a készségfejlesztő tréning), valamint nem ragaszkodik a teljes család részvételéhez. Néha a családot olyankor vonják be, amikor az individuális eljárás kudarcot vall, vagy amikor a viselkedés megfigyelése alapján felvetődik, hogy a családtagok valamilyen formában hozzájárulnak a tünet fennmaradásához.

Sokkal ritkább a kiterjesztett család tagjainak a behívása is. A viselkedés-orientált családterapeuták a családot általában úgy tekintik, mint amit a problémás családtag megerhel; vagy amely talán akaratlanul reagál, a problémás viselkedést fenntartó vagy támogató módon – szemben a rendszerszemléletű terapeutákkal, akik szerint a családi bevonódás mindig és aktívan közrejátszik a tünet fennmaradásában.⁸⁰⁰

Azonfelül, a tisztán viselkedésterapeuták hajlanak a lineáris oksági szemléletre, szemben a cirkulárisal. Például egy szülő alkalmatlan, következtelen vagy másként hibás reagálása és a a gyerek dühkitörése között inkább egyenes okságot képzelnek (míg rendszerszemléletben egyik sem oka a másiknak, hanem egy kibernetikai kölcsönhatásban állanak egymással).

A viselkedés-orientált családterapeuta megközelíthetően a diádikus kölcsönhatásokat veszi célba a terápiában (például azt, ahogyan az anya kezeli a gyerek dühkitörését), míg a rendszerszemléletben inkább a triádok kapnak hangsúlyt, illetve a családtagok szimultán reagálásai (a fenti példában az anya és a gyerek viszonyában ott a férj is, aki esetleg elhanyagolja a feleségét, és ennek komoly szerepe lehet a harmadik szereplő, a gyerek viselkedésének túlértékelésében).

Míg néhány vezető viselkedés-orientált családterapeuta, mint Patterson, Liberman, Stuart és Alexander a családot társas rendszerként tekinti (amelynek tagjai kölcsönösen kontrollálják egymás társas megerősítő programját), mások messze elmaradnak ettől a meggyőződéstől. Például Gordon és Davidson³²⁹ ugyan elismerik, hogy olykor a feszült házassági kapcsolat hozzájárulhat a gyerek deviáns viselkedésének kialakulásához és/vagy fenntartásához (vagy éppen fordítva), de szerintük a rendszerteoretikusok eltúlozzák ennek előfordulását. Az ő véleményük szerint deviáns gyerekviselkedés előfordul normál és zaklatott családokban egyaránt, vagyis „a házassági viszály egyszerű meglete és a gyerek viselkedése vagy kapcsolatban van egymással, vagy sem” (522).

A viselkedéses párterápia

Nem sokkal azt követően, hogy a viselkedéstani megközelítést elkezdtek alkalmazni az egyéni terápiában (például fóbiáknál), megnőtt az érdeklődés felhasználására házassági nehézségekben is. Az 1960-as végétől Robert Liberman és Richard Stuart külön-külön közölték ebbéli eredményeiket; mindketten egy nyílt, lépésenként haladó eljárást ajánlottak, az

13.2. Klinikai feljegyzés

Néhány gyakori kognitív torzítás párok között¹⁸⁶

Önkényes következtetések, megfelelő bizonyíték nélkül. („Későn érkezik haza a munkából – kell legyen valakije.”)

Szelektív absztrakció, vagyis adott részlet kiemelése a kontextusból, párhuzamosan további részletek figyelmen kívül hagyásával. („Nem integetett, amikor kilépett a kapun – egészen biztosan dühös rám.”)

Túldiatalánosítás: egy-két elszigetelt mozzanat alapján értékel komplex, bonyolult helyzeteket. („Nem ért rá szombat este találkozni velem – engem mindeki kiköszaroz.”)

Felnagyítás és lecsúszítás: adott eset vagy körülmény jelentőségének extrém félreértékelése („Nincs pénz a számlánkon – most aztán csődbe mentünk.”)

Dichotóm gondolkodás: a dolgok végletes értékelése, fekete-fehér, jó-rossz stb. (A férj az otthoni házimunkáját érintő igen enyhé megjegyzésre: „Semmit sem tudok a kedvedre tenni.”)

Gondolatolvasás: jobban tudni az illetőnél, hogy ő mit gondol; többnyire valamilyen negatív gondolatot tulajdonítani neki. („Tudom, most azt forgatod a fejedben, hogyan szabadulhatnál meg tőlem.”)

Téves magyarázat: rendszerint gyanakvó megállapítások a partnerről, jellemzően stressz, túlterhelés stb. idején. („Most játssza a figyelmeset, biztosan akar tőlem valamit.”)

operáns kondicionálás elveire építve. Ez a módszer sok esetben megfelelőnek tűnt a partner-elégedettség és a kapcsolati stabilitás fokozására. Kezdetül alapvető feltevése,⁴⁰⁶ hogy a párkapcsolat mindkét szereplőjének viselkedését környezeti tényezők (köztük főleg a partnert is befoglaló) formálják, erősítik-gyengítik, illetve módosítják.

A megerősítés eshetőségének befolyásolása

Liberman módszere⁴⁹³ viselkedés-elemzéssel kezdődik („Milyen viselkedések változását látná szívesen a partnerénél?” „Milyen kapcsolati jellemzők támogatják jelenleg a problémás viselkedést?”), majd megpróbálja újrászervezni a partnerek közötti jutalmak kölcsönös cseréjét. Vagyis, miközben felméri, hogy mit kellene megszüldíteni, bizonyos célviselkedést próbál megerősíteni, másokat pedig ritkítani a megerősítés külső eshetőségeinek manipulálásával.

A pártól azt várja, hogy figyelje és módosítsa a saját megerősítési eshetőségeit. Liberman módszerében a cél egyszerű és nyílt, és különösen korai formájában szigorúan a viselkedés változására összpontosított: arra

13.3. A viselkedés- (és kognitív-)orientált családterápiák néhány jellemzője

- Közvetlen összpontosítás a megfigyelhető viselkedésre, mint például a tünetekre – inkább, mint valamilyen kapcsolati okság feltételezése.
- A megváltoztatandó, konkrét, rendszerint nyílt viselkedés gondos, folyamatos értékelése.
- Főleg a megcélzott viselkedés fokozásával vagy csökkentésével törődik, közvetlenül befolyásolva azt a külső megerősítés használatával.
- A kommunikációs és problémamegoldó készségek megtanítására és begyakorlására törekszik.
- Próbálja gyakoroltatni a családokkal, hogyan figyeljék és módosítsák a saját megerősítő kontingenciáikat.
- A terápiás beavatkozások hatásának empirikus, standard kiértékelése.

instruálta a párokat, hogy kölcsönösen gyakorítsák a kedvelt, és ritkítsák az utált megnyilvánulásokat.

A másik úttörő, Stuart⁷⁸⁰ egy általa operáns kapcsolati terápiának nevezett eljárás-készletet fejlesztett ki, melyben különösen a kontingencia-kezelődés használatával próbálta maximalizálni a pároknál a pozitív viselkedések cseréjét. Úgy érvelt, hogy a sikeres házasságot a sikertelentől a kölcsönös pozitív megerősítések gyakorisága és mértéke különbözteti meg. Bár ezt a technikát ma a legtöbb családterapeuta túlegyszerűsítettnek és mechanikusnak véli, Stuart volt az, aki Skinner tanulásméleti elveit megtöltötte a szociális csere elméletével.⁷⁹⁴ A jutalom-költség arány mutatójaként a kapcsolati elégedettséget használta. Ha sikerül azonosítani és a maximálisra emelni – a hiányzó, de potenciálisan jutalmazó eseményeket, illetve a kellemetlenek előfordulását lecsökkenteni, akkor a jutalom-költség arány jelentősen megemelkedhet, és mindkét partner nemcsak elégedettebbnek érzi magát, hanem kész még inkább jutalmazni a másikat. Stuart eljárásához tartozott, hogy mindkét partner naponta feljegyezze az alkalmak számát és a kedveskedés jellegét. A 13.1. táblázat egy ilyen mintát mutat be.*

* Könyvében⁷⁸² Stuart részletesen leírja a „kedveskedő napok” technikáját, a házasság bántó botladozó elkötelezettség felépítésére. Minden házastársi kérdésnek a következő jegyzet kell teljesítenie: (1) legyen pozitív („Azt kérdezem, hogyan töltöttem a napomat?”) a „Nem tudsz békén hagyni!” helyett); (2) legyen konkrét („Este hatra várunk a vacsorával” a „Ha még érdekel a családod, ma is lesz vacsora” helyett); (3) vonatkozzon a viselkedés apró részleteire, amelyek naponta legalább egyszer előfordulnak („Megtennéd, hogy elrendezed a gyerekek biciklijait a garázsban, ha megjössz” a „Tanítsd meg a gyerekidet a rendre” helyett); és (4) nem lehet bennük utalás az aktuális heves konfliktusra (mivel a kapcsolatnak ebben a szakaszában egyik fél sem enged még jelentősen a másiknak).

Berezsné K. Nagy
Tudomány
SZOCIÁLTUDOMÁNY

13.1. táblázat. Minta a „gondoskodó napok” kéréslistájára⁷⁸¹

A feleség kérései	A férj kérései
1. Köszönts engem csókkal és öleléssel reggel, mielőtt kikelünk az ágyból.	1. Mosd meg a hátamat.
2. Hozz nekem egy szál virágot vagy valami hasonlót.	2. Mosolyogj és mondd azt, hogy örülsz nekem, amikor felébredsz.
3. Kérdezd meg, milyen zenét szeretnék hallgatni és tedd fel/kapcsold be.	3. Csinálj nekem egy üdítőt.
4. Érints és simogass meg, amikor együtt utazunk az autóban.	4. Hívj fel a munkahelyemen.
5. Készítsd elém a reggelit.	5. Ismerd el haladásomat a szerelemben.
6. Mondd azt nekem, hogy szeretsz.	6. Kérdezz a munkámról.
7. Tedd félre a gondjaidat, amikor belépsz és köszöntesz.	7. Masszírozd meg a vállaimat és a hátamat.
8. Ha meg akarsz állni egy boltnál valamiért, kérdezz meg, nincs-e szükségem valamire.	8. Simogass meg, amikor vezetek.
9. Masszírozz meg (legalább részben), teljes odafigyeléssel, mielőtt lefeküdnénk.	9. Tartsd bennem a lelket, ha láthatóan nagyon rossz a kedvem.
10. Keresd a tekintetemet, ha mesélek neked valamit.	10. Mesélj arról, mi történt napközben.
11. Képzeld meg, hogy együtt, hogy elutazunk valahová.	11. Áruld el nekem, hogy mi érdekel.
12. Kérdezd meg a véleményemet arról, ami foglalkoztat, és hadd tudjam, mi jár a fejedben.	12. Mondd azt nekem, jó, hogy vagyok neked.
13. Mondd nekem, amikor vonzónak látsz.	
14. Kérdezd meg, mit szeretnék csinálni a hétvégén, vagy legyen egy nap, amikor azt tesszük, amit én kívánok.	

Az 1970-es évekbeli viselkedés-orientált házasságterápiákat a kontingencia-szerződés használata és a viselkedéscsere-stratégiák megtanítása jellemezte, különösen Jacobson és Margolin⁴²⁴ módszerét. A középpontban a kontingencia-szerződés volt, amely egyidejűleg növelte a kölcsönös pozitív kezdeményezések minőségét és mennyiségét, illetve – a megerősítés

blokkolásával – csökkentette a viták és provokációk, általában a negatív kommunikáció sorozatok gyakoriságát.²⁵¹

A megerősítéstől a készségfejlesztésig

Az 1980-as években gyakran bevették a terápiába a kommunikációs/problémamegoldó tréninget, hogy megtanítsák a párokat (aktuális és jövőbeni) konfliktusaik nem harcias megtárgyalására. Bizonyos esetekben a kívánt viselkedésváltozásokat írott formában rögzítő **terápiás szerződést** munkáltak ki közösen. Itt mindkét partner nyíltan közölte, mely viselkedések fokozását kívánja; ezzel elkerülve az annyira ismerős játésmákat a gondolatolvasás kikényszerítésére: „Ha igazán szeretnél, tudnád, mit kívánok.” Figyeljük meg, a Stuart-féle megegyezés⁷⁸² (lásd 13.2. táblázat) mennyiféle konstruktív választást ajánl fel mindkét partnernek, a kölcsönös kötelezettségeiket kielégítendő. Azzal, hogy nem szabad elvárást kelteni, hanem a viszonzásnak azonnalnak kell lennie („Megteszem ezt, ha te megteszed azt”), a szerződés növeli a spontán csere valószínűségét.⁵²

13.2. Egy terápiás szerződés

A felek kinyilvánítják, hogy Jane azt szeretné Samtól, hogy:	A felek kinyilvánítják, hogy Sam azt szeretné, ha Jane:
mosogasson el maga után;	minden este 6 ³⁰ -ra készen lenne a vacsorával;
kezdemenyezze a szeretkezést;	rendesen gyomlálna a rózsakertet;
figyeljen az anyagi helyzetükre;	esténként megfürödjön 10-re ágyba bújva;
hívja meg az üzleti partnereit úgy hat-nyolc hetente vacsorára;	felhívna őt hivatalban;
legalább heti egyszer ebédeljen vele a városban;	legalább minden két héten egyszer önállóan megtervezze egy kimenő estét kettejüknek;
	felajánlana, hogy elviszi a gyerekeket a futball- és úszóedzésükre;
	olykor elkísérné őt a horgászkirándulásra.

Sam és Jane kölcsönösen elvárják, hogy mindketten annyit teljesítsenek a másik részéről kért dolgok közül, amennyit kényelmesen meg tudnak tenni, ideértve hetente legalább háromszor vagy négyszer.

Minden módosítás ellenére a Liberman és Stuart által vázolt viselkedéses párterápia megmaradt az alapvető tanulásméleti elveknél. Mindazonáltal a kritikusok felrötták, hogy a korai feltevések némelyike túlegyszerűsített: például az, hogy a két partner, mint racionális felnőttek, nem áll ellent a változásnak, hanem simán követi a terapeuta javaslatait; hogy a nyílt viselkedés változásának megfigyelése elégséges lenne, nem véve tekintetbe a mögöttes perceptív és kapcsolati ütközéseket; hogy a diszharmónia a házasság folyamán mindvégig azonos forrásból, például a kölcsönösség hiányából fakad; hogy a nem tetsző viselkedés, mondjuk a harag egyszerűen visszatartható anélkül, hogy a konfliktus rejtett okait ne elemezzék; vagy hogy a pár és a terapeuta kapcsolat teljesen figyelmen kívül hagyható.³⁵⁹

Az idők folyamán a viselkedés-orientált párterápia egyre inkább a **szociális tanulásméletre** (melynek lényege az a felismerés, hogy a tanulás a másokkal létesült kapcsolatokban történik, a viselkedéscsere elvére alapozottan) támaszkodva rugalmasabbá és kevésbé technológiaiá vált. A kellemes viselkedések cseréjének bátorítása mellett a terapeuták (például Jacobson és Margolin⁴³⁴) azt is megcélozták, hogy a házastársi problémákat a pár problémamegoldó készségeinek tanításával csökkentse.

Az ilyen feladatmegoldás két külön szakaszra osztható: a **probléma meghatározása** (azaz, megtanulni a gondok megfogalmazását világos, konkrét, nem hibáztató és a saját szerepet is elismerő formában, próbálva a másik fél eltérő véleményének megmagyarázását is); és a **probléma megoldása**. Ötletbörzék tartása, majd a (később írásba is foglalható) kompromisszumok megtárgyalása gyakran megkönnyíti a megoldást. Egymás partatlan vádolósa helyett a terapeuta azt javasolja, hogy a pár használjon konkrétabb, kevésbé provokatív, énfeltáró állításokat („Amikor hagyysz egy hetet is eltelti szex kezdeményezése nélkül, azt érzem, hogy engem ejtettek”).⁴³⁴

Felismerve, hogy a viselkedésváltozás nagyobb házassági elégedettséghez vezet, a gyakorló terapeuták megpróbálnak két utat követni:

- a) bátorítani a partnereket, hogy nyíltan és konkrétan közöljék a másiktól elvárt viselkedést, majd instruálni őket, hogyan növelhetik ezek gyakoriságát; és
- b) megtanítani a változást kitermelő kommunikációs és problémamegoldó készségeket.⁴³⁴

A szemlélet tágtítása: a kognitív perspektíva

Amint a kognitív-viselkedésterápia az 1980-as évek végével teret nyert, képviselői elkezdtek érvelni amellett, hogy a kapcsolati feszültséget és konfliktust a kognitív, viselkedési és érzelmi tényezők együttesen, kölcsönhatásban befolyásolják, tehát a szigorúan viselkedéses megközelítés túl lineáris, és kimaradnak belőle a dinamikai tényezők.²³⁶ Vagyis, a viselkedés változása egyedül nem elégséges a partnerek konfliktusának tartós feloldásához, különösen, ha az intenzív és folyamatos. A közöttük húzódo, terbehelyesedő és provokatív viták megoldásához a párnak olyan készségekre van szüksége, mint a probléma világos felismerése és definiálása, kölcsönösen elfogadható megoldó stratégiák találása és ezek gyors és hatékony alkalmazása.¹⁸⁹

A kognitív-viselkedéses családterápia az eredeti családból, a kulturális tradíciókból, a tömegmédiából és a korábbi kapcsolatok tapasztalataiból valamikor átvett torzult hiedelmek (sémák) átrendezésére irányul. Ezekből a sémákból táplálkoznak az automatikus gondolatok és a másokra adott érzelmi reakciók.¹⁸⁷ A partnerek aktuális kapcsolatukban is kialakítanak bizonyos sémákat. Egy családon belül például a kognitív torzítások azt eredményezhetik, hogy egyik tagjukat bűnbakként kezdik hibáztatni valamennyi családi problémáért. Tehet bármit, lenézik vagy elutasítják, ténykedéséből mindig azt a szezletet emelve ki, amely alátámasztja rosszindulatúságának, ügyetlenségének stb. eredeti hiedelmét; a személye demonizálódik.

Házaspárral dolgozva a kognitív terapeuták elsősorban a kapcsolatra vonatkozó irreális elvárásokat próbálják módosítani, mindkét félnél; illetve megtanítani nekik, hogyan csökkenthetik a destruktív kölcsönhatásokat. Elmagyarázzák, hogy a konkrét tapasztalatok torzításai, a negatív automatikus gondolatok kicsiszolt csatornáin átvillanva („Észreveszem, hogy scta közben lopva másokat bámul, biztosan az jár a fejében, hogy mások mellett jobb lenne”) – hiedelmek vagy *önkényes, bizonyíték nélküli következtetések*. Néha a bajos automatikus gondolat, amelynek „fűlön gáspésére” a párt megtanítják, sima *túláltalánosítás*; más esetben a *szelektilv alosztrakció* lépett működésbe. A magukról, a partnerről és a kapcsolatról szóló sémák azonosításával és exponálásával a terapeuta segít a párnak, hogy elfogadják együttes felelősségüket a kapcsolati viharok felkelésében.⁴³² Olykor a terapeuta az ülésen kívül teljesítendő házfeladatokat készít; ezek gyakran helyettesítik a Stuart-féle terápiás szerződést,⁷⁸² de a

13.4. Klinikai megjegyzés Terápiás célú házfeladatok

Sok pár- és családterapeuta jelöl ki az ülések között elvégzendő feladatokat, amelynek tapasztalatait azután feldolgozzák. A kognitív-behavioristák főleg olyan technikákat használnak, amelyek a terápiás ülést kvázi életben tartják a következő alkalomig. Ezzel a terápia egy 24 órás tapasztalatszerzéssé alakul, és a kliensek mindennapi életének részévé válik. Ezzel az egyszerű beszélgetéseket és cselekvéseket a viselkedés- és gondolatbeli változás témája kezdi helyettesíteni, olyanformán, mint a terápiás ülésen. A kliensek próbálják felidézni, amit az előző órák már elértek. Némely terapeuta egészen kiváló a feladatadásban.^{52,714}

A házfeladat kijelölés sokféle formában történhet:

1. Kijelölt olvasmányok, például a *Fighting for your marriage* c. könyv.⁵²⁹
2. Az ülések magnó- és videofelvételeinek otthoni lejátszása, az ülésen megtörtént bizonyok lépések felidézése.
3. Együtt kipróbálni nem bevett, újfajta tevékenységeket, és megfigyelni együttműködésüket, kölcsönhatásukat, csiszolni az egymással foglalkozás készségeit.
4. Bizonyos konkrét technikák gyakorlása (magabiztosság-gyakorlatok, kedveskedő viselkedések).

céljuk ugyanaz: megállapodás arról, hogy a negatív viselkedéseket olyan pozitív megoldásokkal helyettesítik, amelyeket mindkét partner kívánatosnak lát a másikban (és teljesítésük megbeszélhető a következő ülésen).

Az integratív párterápia

Jacobson és Christensen^{423,161,224} a tradicionálisabb behavior-technikák mellé olyan viselkedés-orientált stratégiákat fejlesztettek ki, amelyek kiemelik a pár alkalmazkodó és kollaboratív attitűdjét – „a partner elfogadását”. Jacobson⁴²² a következőképpen írja le a terápiás folyamatot:

Egy bizalmas beszélgetést biztosítva a kívánatos változást lehetetlenné tevő különbségekről, a partnerek az addig hiányoltak jórészét megkapják magából a beszélgetésből, és így az eredeti probléma kevésbé fontosá válik. (444)

Ebben az eklektikus megközelítésben stratégiás (átkeretezés) és humanisztikus-tapasztalati technikákat (például empatikus csatlakozás a párhoz) adnak hozzá a hagyományosabb viselkedési módszerekhez (értékelő eszközök használata, terapeuta modellképzése, viselkedéscsere, kommunikáció/problémamegoldó tréning), annak érdekében, hogy intimítást te-

mentsenek és megértsék a harag és hibáztatás forrását. A technikák kombinálásával kísérik meghaladni a partnereknek azt a tendenciáját, hogy a köztük beállt zavart kizárólag a másik kisugárzásának tartsák, és ennek következtében befussanak a másik megváltoztatásának (sikertelen) kísérleteibe. Az integratív párterápiában csokorba szedett eljárások abban segítenek a pároknak, hogy egymás különbségeit mint elkerülhetetlen, és inkább a toleranciát (és nem a lemondó sértődést) elősegítő körülménynek tekintsék; és a változásnak különösen ellenálló viselkedéseket – még ha az ő szempontjukból negatív is – fogadják el. Szerintük, ha egy pár elismeri egymás érzelmi sebezhetőségét és egyéni különbségeit, nagy lépést tett egymás érzéseinek és cselekvésének aktív elfogadása irányában, és távolodik a hibáztatástól. Ebben a látásmódban a fő téma: változás egymás elfogadásával.⁴³⁴

Az integratív párterápia visszatérés a funkcionális elemzést és a külső determinánsokat hangsúlyozó hagyományosabb viselkedéstanhoz. Mindazonáltal terápiás szemlélete eltávolodik az eredeti viselkedésterápiától, amely valaha a *változás* elérésére koncentrált, mivel problémának az egyik partner – a másikban feszültséget okozó – viselkedésbeli túlzásait vagy hiányosságait tartotta. A változást jellemzően a viselkedéscsere és a kommunikációs/problémamegoldó készségfejlesztés hozta létre, amely a partnerek viselkedési *szabályainak* a megváltoztatására irányult ((tehát a férj tanulja meg megcsókolni a feleségét hazaérkezéskor).

Sajnos, a *problémát megalapozó téma* – hogy ettől ő még nem lesz általában figyelmesebb és gondoskodóbb, és a feleség ezt elfogadhatatlannak találja – nem kerül a célkeresztre, mivel lehetetlen áttekinteni valamennyi vonatkozást, amelyben változás lenne kívánatos. Másszor a szabály-irányította viselkedés annyira mesterkéltnek vagy őszintétlennek tűnik, hogy visszafelé sül el, és a partnerek végül abbahagyják. A viselkedésterapeuták erre úgy felelnek, hogy a szabályok szerint kimódolt viselkedés igenis vezethet változáshoz, de ha a pár képtelen vagy vonakodik követni azt, kiegészítő eljárásokra van szükség.

Az *érzelmi elfogadás* olyan helyzetekre utal, ahol a viselkedésváltozás vagy hiányzik, vagy nem olyan mértékű, mint amit a partner szeretne. Ahelyett, hogy elkezdenének többet vagy mást követelni egymástól, itt a párt arra serkentik, hogy a saját hozzáállását változtassa meg ahhoz, amit addig a másikban nem tolerált; *egyensúlyozza ki a változást a saját toleranciaja megváltoztatásával*, azon dolgok iránt, amelyek nem tűnnek

módosíthatóknak. Az elfogadás két úton erősíthető: (a) ha a probléma észlelése, tapasztalása új módon történik (mondjuk, be lehet állítani közös hátrányként, vagy lehet távolítani a párt, amivel kevésbé sértő lesz stb.); (b) csökkenteni a partner averziójának hevességét (például nagyobb toleranciával).¹⁶¹

Kutatás a viselkedés-orientált párterápiában

Vitathatatlanul ez a leginkább tanulmányozott párterápiás forma.⁷³⁵ Konfliktusos párok hosszú távú követésével megállapítható, hogy nem annyira a felek differenciája tér el az átlagostól, hanem a problémáik kezelési módja.⁵²⁷ Az ilyen párokkal folytatott négy-öt éves tartamú megelőző programban, amelynek keretében kommunikációra és konfliktuskezelésre tanították őket, azt találták, hogy a magasabb szinten kommunikálók működtek kielégítőbben, míg a szegényesen közlők rosszabbul.⁵²⁸

Az ilyen kutatások közül kiemelkednek Markman és mtsai vizsgálatai. Az egyikben⁴⁹⁸ a szülővé válás küszöbén álló pár kommunikációs mintáit regisztrálva, majd öt évvel később ismét felvéve, azt kutatták, hogy az eredeti képességük a diád konfliktusainak a kezelésében mennyire jósolta be a gyerekek körüli ütközések megoldási készségét (videofelvételt és közvetlen megfigyelést használtak). Az eredmények azt mutatták, hogy a szülővé válás körüli időszakban mutatott konfliktuskezelés minősége az irányadó, és nem az azt megelőző, még gyermektelen időszaké. Mindazonáltal, amikor a férjnél már a kapcsolat kezdetén dühös, konfliktusos viselkedést tapasztaltak és a viták könnyű eskalálódását köztük, ez előre jelezte a későbbi konfrontatív viszonyulást és a triangulációt, azaz a gyerekek bevonását a vitákba. Általában az egymásközi konfliktuskezelés, bár nem döntően, de jól jelezte a későbbi szülő-gyerekek interakciók tónusát. (Markman és mtsai munkájához^{261,744} visszatérünk még a pszichoedukatív programok tárgyalásakor.)

Jelenleg talán John Gottman a legaktívabb házasságkutató, különösen a konfliktusban álló párok segítségének témájában.³³⁵ Tudományos tevékenysége mellett Seattle-ben házasságterápiás klinikát alapított (Gottman Institute), amelyben a felvételtől az utánkövetésig az ő tudományos módszereinek empirikus megalapozása folyik, hogy megtalálják a boldog és sikeres házasság titkát. Több kutatása^{334,332} is irányult a boldog és boldogtalan házaspárok elkülönítésére. Komoly technikai felszerelést is bevetve (videó, EKG és galvanometriás felvétel, speciálisan kifejlesztett eszkö-

ök) a kutatócsoport századmásodpernyi pontossággal felmérte, hogyan kommunikálnak a párok, szóban és nem verbálisan egyaránt. A szekvenált elemzés során nemcsak az arckifejezést és a gesztusokat követték, de még a két ember szívritmus-változásait is.³³¹

Tredményei szerint, és ellentétben a közvélekedéssel, nem a kölcsönös harag jósolja be a válást, hanem inkább négy fajta *negativitás*, amit „az apokalipszis négy lovasának” nevezett: *jellemkritika* (a másik egyéniségének a támadása), *defenzíva* (a felelősség tagadása bizonyos viselkedésként), *megvetés* (sértő, bántalmazó attitűd a hitves irányában) és *obstrukció* (elzárkózás a másik meghallgatásától). Ezzel a négy változóval kb. 85%-os találati arányt értek el a házasság kimenetelének jöslésében. Ha pedig ezek komoly izolálódással állnak össze (érzelmileg nincs találkozás, a problémákat súlyosnak ítélik, nem akarnak a megoldáson együtt dolgozni, párhuzamos életük van, és átéljük a magányt), az a válás valószínűségét 90% fölé emelte.³³⁵ Másfelől, a kielégítő, tartós kapcsolat kifejlésében egyértelműen a pozitív érzelem játssza a kulcsszerepet.

Gottman szerint³³⁰ három fajta stabil pár létezik: (a) *romantikus állhatatlanság* (érzelmileg „hangosak”, gyakran és szenvedélyesen civódnak, de romantikusabbak és érzelmesebbek a legtöbb párnál); (b) *érvényesítők* (harmonikusak, de érzelmileg visszafogottabbak, odafigyelnek egymásra, és próbálják érteni a másik szempontját); és (c) *konfliktuskerülők* (érzelmi kifejező erejük alacsony, tipikus problémamegoldásuk azok minimalizálása vagy elkerülése, hangsúlyozzák a kapcsolatuk pozitív oldalait, a negatívakat pedig elfogadják megváltoztathatatlannak).

Gottman eredményei azt mutatják, hogy a boldog párokat a megegyezéses klímája veszi körül: mindhárom stabil pártípusnál kimutatható, hogy egy negatív reagálásra minimum öt pozitív jut (miközben ez a nem stabil kapcsolatoknál 1 a 0,8-hez, azaz a negatív van túlsúlyban). Egy jól tervezett longitudinális felmérésben³³⁴ pedig azt találta, hogy a *konfliktus elvállalása* a partnerek között (vagyis, ha van, az elégedetlenség nyílt kifejezése) okozhat ugyan rövid távú házassági stresszt, mégis, az ilyen konfrontáció a kapcsolati elégedettség hosszú távú javulásához vezet, arra késnyserítve a párokat, hogy megvizsgálják nézeteltérések területét.

Viselkedési tréning szülőknek

A problémás gyerekek szüleinek ajánlott viselkedésterápiás beavatkozás arra irányul, hogy megszüntessen vagy csökkenten bizonyos körülm,

megfigyelhető zavarokat (enurézis, dühkitörések, hibák a feladatteljesítésben, engedetlenség, hiperaktivitás, alvásproblémák, éjszakai szorongás), nem foglalkozik viszont a gyermekek átfogóbb személyes vagy kapcsolati zavaival.¹⁸²

Gerald Patterson, a viselkedésterápiás szülőtréning egyik úttörője például úgy érvel, hogy bár a nem kontrollálható gyerekek agresszívak, iskolát kerülnék, hiányzik az önbecsülésük, szegényes a szülő-kapcsolatuk, ezek a tényezők a folyamat melléktermékei és nem a bűnözés okai. Tárogatva a szülőtréninget a viselkedési problémákban, megállapítja:²⁶³

A gyermeki és serdülőkori agresszió viselkedési probléma, nem mentális egészség kérdése. Okai a szociális környezetben találhatók, nem a fiatalok elméjében. (85)

A családi élethez szükséges készségek tanítása

A legtöbb szülőtréning esetében a cél a gyermek nem kívánatos viselkedésének módosítása, elfogadva azt a szülői véleményt, hogy ő a probléma – azonban a szülői reakciók megváltoztatásával mégis az remélhető, hogy az kitermeli a gyermek viselkedésének megfelelő változását. Az Oregon Social Learning Center pszichológusai, Patterson és Reid irányításával egy sor kezelési program alapjait fektették le, a szociális tanulás elvei alapján, amelyekkel a szülők taníthatók arra, hogyan csökkentsek és kontrollálják gyermekeik destruktív viselkedését.⁶³⁹ Kezdetben kizárólag a szülői tréningre összpontosítottak, később azonban felismerték, hogy a gyermeknevelői viselkedés változtatásának szándéka szülői ellenállást okoz. Ma tehát a szülők edukálásával párhuzamosan a szülői ellenállást is megkísérlik oldani, felismerve, hogy mindkét tényező elsődlegesen fontos a sikeres beavatkozáshoz.⁶³⁶

Ha a szülők megtaníthatók arra, hogyan kezeljék a leghatásosabban a panaszolt problémát („A lányunk mindig vitatkozik, akárhányszor megkérjük, hogy csináljon meg valamit”), vajon általánosítják-e a tanult készségeket a saját elkövetkező problémáikra is? Vagy instruíthatók egy standard viselkedés-készlet használatára, hogy fokozzák a proszociális és csökkentsek a problematikus viselkedést a gyerekeikben, függetlenül az aktuális nehézségtől? Utóbbi megközelítést támogatva, Dangel és mások¹⁸² úgy vélik, hogy a szülői hatékonyságban bizonyos készségek elérése számos nehézség esetében használható, és sokféle gyermekkori – akár otthoni, akár iskolai – problémára alkalmazható. A készségépítési modell

Klinikai megjegyzés

A szülők gyakran nem értnek egyet abban, hogy a gyermekük kezelését szorul-e. Ilyenkor gyakran házassági konfliktus irányában kell kutakodni.

fokozza annak valószínűségét, hogy a szülők nemcsak egy adott problémát tudnak megoldani, hanem azt más, meglévő vagy jövőbeni gondokra is alkalmazhatják.

A szülői készség tréning sok gyakorlati jellemzője alapján ajánlható. Főként is, költségkímélő, abban az értelemben, hogy kevesebb időt igényel egy konkrét beavatkozás becslése és kifejlesztése, mivel a kezelési terv szabványosított. A fókusz a család feljogosítása, ami mérsékli függőséget az esetleg nehezen elérhető szakértőtől. Az egyik gyerekhez elsajátított készségek alkalmazhatók a hasonló helyzetbe került testvérek esetében is, ennél fogva preventív vonatkozása is van. És ami talán a legfontosabb, azok kezébe kerül a viselkedésváltozás kezdeményezése, akiknek a legnagyobb befolyásuk van a gyermek természetes körülményeire.³²⁹ A szülők felhasználása trénerként megkönnyíti a gyerekek számára, hogy aktívan használják is a tanult új viselkedést.

A kezelés iránti kérdés ritkán származik, ha egyáltalán, a gyerektől. Általában a szülők azok, akik aggódnak a gyerek zaklatott (vagy zavaró, mert a korához, neméhez nem illő) viselkedése miatt (lásd 13.3. táblázat).

Patterson és Reid⁶³⁸ szerint a hibás szülő-gyerek interaktív minta valószínűleg a *reciprocitás* (a gyerek a negatív szülői kezdeményezésre reagál negatívan) és a *kényszerítés* (a szülő büntetéssel hat a viselkedésre) talán fejlődik ki és marad fenn. A szülőtréning ennek a kölcsönösen destruktív mintának a megváltoztatását célozza, többnyire arra készítve fel a szülőket, hogy figyeljék és mérjék a gyermek problémás viselkedését, majd alkalmazzák a kívánatos viselkedés elősegítésére szolgáló szociális tanítási technikákat; végül pedig tartsák fenn azokat.

Mint ahogy valamennyi kognitív-viselkedéses beavatkozásra igaz, a szülőtréning is igen részletes felméréssel és becsléssel kezdődik: interjúk, kérdőívek, viselkedést felmérő és tünetlisták, és a szülő-gyerek kapcsolat természetes megfigyelése alapján azonosítják a problémás viselkedést, és minden megelőző és következményes eseményt. Viselkedés-elemzés segítségével a terapeuta képes elég pontosan megtalálni a problémát, értelmezni a megjelenési formát, a gyakoriságot, a családra gyakorolt hatás kiterjedését; végül pedig szisztematikusan képi a szülőket, hogy a szociá-

13.3. táblázat. A „súlyosnak” jelzett viselkedési probléma (10 éven át folytatott szülőtréning; 4000 szülő véleménye alapján)³²⁸

Viselkedési probléma	„súlyosnak” minősítve (%-ban)
Engedetlenség; nehézség a fegyelmezésben	52
Bomlasztás, mások zaklatása és bosszantása	49
Verekedés	45
Feleselés	43
A figyelem fenntartásának rövidsége	42
Nyugtalanság; nem képes nyugodtan ülni	40
Ingerlékenység; könnyen gerjed intenzív haragra (augmentálódás)	37
Dühkitörések	35
A figyelem felkeltése maga iránt, „produkálja magát”	35
Indokolatlan sírvafakadás (kisebb bosszúságok miatt)	33
Önbizalom hiánya	33
Hiperaktivitás, „mindig be van kapcsolva”	33
Szétszórtság, kikapcsolás	33
Sajátos szorongások, fóbiák	17
Ágybavizelés	16

lis tanulás segítségével lecserélik a megcélzott viselkedést pozitívabb, kölcsönösen megerősítő kölcsönhatásokra.

A tényleges készség-tréning – akár egyénileg, akár csoportban – történhet közvetlen, szóbeli instruálással, vagy kész anyagok (könyvek, brosrák, videofilmek, számítógépes programok) segítségével, előadás formájában, vagy pedig szerepjáték demonstrációkkal.³²² A képzés fókuszával lehet hangsúlyozni azt, hogyan, mikor, milyen körülmények között érdemes a szabályokat erősíteni, vagy következetesen cselekedni, vagy alkalmazni a viselkedés támogatását például pozitív megerősítéssel, vagy **zseton-technikákat** használni.³²⁹

Elsőként Patterson³³⁵ körvonalazta azokat az eljárásokat, amelyekkel a szülők megszerezhetik „a viselkedés kezelésének készségeit” és hatékonyabban irányíthatják gyerekeiket. Nyilván sok felnőtt „természetes úton” szerzi meg ezeket a készségeket, vagyis nem követ egy külső, előírt programot. A kevésbé felkészült szülőknek Patterson viszont részletesen kifejti a menetrendet: egy **alapszint** kialakítása a gyerek viselkedésének megfigyelésével, majd pontos döntés, hogy mely konkrét viselkedésnek kellene változnia, a saját reakciók megfigyelése és regisztrálása (például grafikonon), a szerződés megtárgyalása a gyerekkel, és így tovább.

A 13.1. diagramban bemutatunk egy olyan listát, amelyet egy sok téren kontrollálhatatlan fiú számára állítottak össze. Az együttesen megtárgyalt szülő-gyerek szerződésben az szerepel, hogy a szülő naponta informálódik a tanároknál, és aszerint lépnek életbe a következmények. Ezekben volt enyhe, de sportszerű büntetés, közvetlenül követve a mutatott viselkedést, de voltak jutalmak is (felmentés a mosogatás alól, tévézés engedélyezése) az alkalmazkodás fejében. A szerződés kimunkálásakor a gyerek segített beállítani az egyes tételek „árát”, látta a napi eredményt (a listát egy feltűnő helyre kell kifüggeszteni, például a hűtőszekrény ajtajára), és megtárgyalták vele a szerzett pontokért kapott megerősítőket (például, hogy melyik tévéprogramot szeretné).

13.1. diagram. A megtárgyalt szülő-gyerek szerződés³³⁵

Dave programja (a teljesítés és a pontozás lehet részleges is)

	H	K	Sz	Cs	P	Szo	V
Pontosan beér az iskolába (2)							2
Megmarad a helyén, nem kószál az osztályteremben (1)							0
A/Á teszi, aminek a tanár mond neki (5)							3
B/B kijön a többi gyerekkel (5)							1
C/C fejezi a házi feladatát (5)							2
A házi feladatot helyesen csinálja meg (5)							3
Rendesen viselkedik az iskolabuszon (2)							2
Iskola után otthon jól kijön a testvéreivel (3)							0
Összeg							13

- Ha Dave szerez 25 pontot, aznap nem kell résztvennie a háztartási munkában és minden műsort megnézhet a tévé, amit a család néz.
- Ha Dave csak 15 pontot szed össze, aznap este nem nézhet tévét.
- Ha Dave csak 10 pontot szerez, nincs tévézés és neki kell elraknia az ételkészletet mosogatás után.
- Ha valamelyik napon Dave csak 5 pontot vagy még kevesebbet szerez, akkor nincs tévézés, van viszont mosogatás és két napig az iskola után, pontban 4-kor hazamegy és otthon csak az udvarra mehet ki.

A tréning során a szülőkkel elpróbáltatják és így ellenőrzik a megtanult eljárások használatát, akiknek nehézségeik vannak, azoknak például a teáputa vagy mások be is mutathatják. A szakirodalom adatai szerint³²⁹ az eljárás megfelelő hatékonyságú konkrét, jól körülhatárolható problémák

esetén; az összetettebb deviáns viselkedési szindrómákban az eredmények biztatóak, de nem egyöntetűek. Jelentős aggodalom természetesen az, hogy a változások mennyi ideig tarthatók fenn a kezelés befejezését követően; ez a kérdés hosszabb távú utánkövetéseket igényel.

Hasonló az eljárás, amikor a beavatkozás egy serdülő viselkedését célozza. A családtagok közötti természetes kölcsönhatásokat kell elsőként megfigyelni (akár egy családlátogatás formájában), ezt követi a problémás viselkedés funkcionális elemzése: mi váltja ki azt, mi erősíti, mi tartja fenn, a családtagok reagálása milyen hozzáállást tükröz (passzív elfogadás, lemondás, harag, megvesztegetés, bátorítás stb.). Egy ilyen elemzés a családi viselkedés szisztematikusan megfigyelését és regisztrálását követeli meg. A terapeuta által megválasztott beavatkozási stratégiának konkrétan kell lennie.

A kontingencia-szerződések kialakítása

Az operáns kondicionálás elvein alapuló kontingencia-szerződés különösen hasznos technika lehet a szülő-serdülő konfliktusok mérséklésében. Egyszerűen kivitelezhető, nyílt eljárás, általában egy formális, leírt meg egyezést tartalmaz, amely előre részletezi a pozitív, jutalmazó viselkedések cseréjét a tizenéves és a szülei között. Bár Stuart⁷⁸⁰ eredetileg a házassági vizályok kezelésére javasolta, ez a reciprocitás-koncepció igen jól alkalmazható szülő-serdülő viszonylatban, ahol a szülők korábbi tiltó kontrolljának túlzott használata a serdülő éppolyan provokatív, kelletlen reagálásaival találkozhat. A cél itt az, hogy mindkét fél erejét hangsúlyozva ezt a makacs negatív kölcsönösséget egy pozitív, kooperatív viselkedés kölcsönös cseréjével megfordítsák.²⁴⁸

A szerződést megtárgyalva, mindegyik résztvevő konkretizálja, mit tehet és kiért, milyen körülmények között, és az időt, helyet stb. Ez a tárgyalás nyílt, nem kényszerítő, egyértelműen megfogalmazott. (Például, ha gyenge iskolai teljesítményről van szó, inkább úgy kell fogalmazni, hogy „év végére elérni a 3-ast magyarból”, és nem a „jobb jegyeket szerezni” formula. Ez utóbbi kusza és eltérően értelmezhető.) Ugyanezen megfontolásból a jutalmaknak is konkrétaknak kell lenniük („Minden legalább 3-as jegyért kapsz 300 Ft-ot, amit ruhákra költözhetsz”), nem általánosnak vagy kétértelműnek („Ha jobban tanulsz, mi is bőkezűbbek leszünk a ruhavásárláskor”). A lényeg az, hogy minden résztvevő pontosan tudja, mit várnak el tőle és mit nyerhetnek cserébe.

A szerződés lehetőség a sikerre, a teljesítményre és a jutalomra. A kívánt viselkedésnek azonban (például a 3-as elértésének) reálisnak és a szerződő hatókörén belülnek kell lennie. Ráadásul minden egyes tagnak el kell fogadnia, hogy a jutalom következetesen a felelős teljesítéshez van kapcsolva. Egy családtag a maladaptív viselkedését annak reményében szereli adaptívra, hogy annak pozitív következményeként a partner viselkedésében is beáll a kívánt változás. A tizenéves felelőssége (vagyis, a jobban tanulás) megerősítőként szolgál a szülők felé, a szülők felelőssége pedig (több zsebpénz) a tizenéves viselkedésének megerősítője. A szülőtréning segít a családnak, hogy felállítsanak egy olyan regisztráló rendszert, amellyel mindkét fél mérheti a szerződés kölcsönös teljesítését. A következetes teljesítés bónusszal jár, a nem teljesítés büntetéssel. Jegyezzük meg: mint minden behavior-eljárásban, a kezelés sikerét az méri, amilyen mértékben a szerződés minden érintett javára működik.

A kontingencia-szerződés nem maga a végcél, hanem csupán egy motíváló és strukturáló eszköz a szülőtréningben használható sokféle beavatkozó technika közül. A szerződés megnyithatja a kommunikációt a családon belül és segít abban, hogy a családtagok végre először kifejezhessék, mit szeretnének a többiekől. Olykor csak a szerződés tudatosítja a tagokban korábban fel nem ismert vagy meg nem fogalmazott vágyaikat és igényeiket. Végül, az eljárás fontos vonatkozása, hogy a célokra és a teljesítményre fókuszál. A kontingencia-szerződés a család természetes elvárásait konkrét tettekbe fordítja. Azzal, hogy elismeri a teljesítményt, a család a kapcsolataiban pozitívabbá válik. Az egyes családtagok közötti kapcsolatok javulásával a terapeuta egyben azt a fajta tárgyalási készséget is megtanítja nekik, amely a továbbiakban modellként szolgálhat a családi élet más területein is a konfliktusok feloldására.

A FUNKCIONÁLIS CSALÁDTERÁPIA

Az Alexander és Parsons által kifejlesztett funkcionális családterápia^{17,733} világos elvekre épül, és erős bizonyíték-alapú támogatással hozták létre, egyének és családok kognitív és viselkedési változásainak elérésére. A modell integrálja a tanulásméлетet, a rendszerszemléletet és a kognitív tréninget, és azzal haladja meg a legtöbb, a látható viselkedés változtatását kutató behavior-modellt, hogy kifejezetten segít a klienseknek megérteni, milyen szerepet játszik a viselkedés a kapcsolatok szabályozásában. Több mint harminc éves fennállása óta a funkcionális családterápia egy csa-

13.2. diagram. A kontingencia-szerződés megtárgyalásának lépései²⁶³

Szülő		Serdülő
Mit akarsz, mit ajánlhatunk mi?	1 A másíknak szóló jutalmak azonosítása	Mit akartok, mit ajánljak én?
Mi olyasmit akarunk, amit ő nem ajánlott?	2 A saját jutalmak azonosítása	Mit akarjak, amit ő nem ajánlottak?
Mi a legfontosabb nekünk?	3 Prioritás a jutalmakon	Mit akarok én a legjobban?
Hogyan érzed magad most, ezeket felejénlva?	4 Empátia mutatása	És ti hogyan érzitek magatokat most?
Mennyire volt nehéz ezt megtenni érte?	5 „Ár” hozzárendelése a jutalmakhoz	Mennyire nehéz lesz megcsinálnom ezeket értük?
Mennyire hajlunk megadni azért, amit akarunk?	6 Alkudozás	Mit vagyok hajlandó adni azért, amit akarok?

A szerződésalkötési gyakorlatot a szülő és a serdülő között a terapeuta vezeti. Mindkét fél a saját maga és a másik számára lépésenként azonosítja az igényeket és a végyakat (jutalmakat), megjelöli a prioritásokat, empátiát gyakorol, áttekinti a másik félnek nyújtott jutalmak költségét, és végül alkudozik és kompromisszumot köt.

lád-alapú intervenció programja fejlődött, amelyet széles körben használnak serdülők viselkedési problémáinak kezelésére, ezen belül főleg (sokféle etnikai és kulturális háttérű) erőszakos, bűnöző és drogozó fiataloknál.

A súlyos problémákkal küzdő családokban a szülők gyakran a gyerekek negatív vonásait (lustaság, önzés, felelőtlenség) hibáztatják a nehéz-

ségért, és tehetetlennek érzik magukat egy változás beindítására. Mint említettük, a nyílt, egyszerű kísérlet a szülői készségek megtanítására a szülők részéről gyakran találkozik ellenállással. A funkcionális családterápia egy nem hibáztató kapcsolati klíma megteremtésével minden családot viselkedésének olyan magyarázatát nyújtja, amely nem rója fel az indítékaikat.²⁶⁰ Azáltal, hogy ösztönzi ezt az új perspektívát, a funkcionális terapeuta megpróbálja a teljes család attitűdjeinek, feltevéseinek, elvárásainak, használt címkéinek és érzelmeinek a módosítását. A kognitív változásokat a dolgok egy újfajta felfogása és végül egy újfajta viselkedés követheti.

A funkcionális családterapeuták szerint minden viselkedés alkalmazkodás. Tehát nem „jó” vagy „rossz”; az egyén viselkedését mindig valamilyen működést szolgálnak tekintik, egy olyan erőfeszítésnek, amely valamilyen konkrét kimenetelt kíván elérni a kapcsolatban. Miközben a kapcsolati eredmény vagy funkció sokféle alakot ölthet (a kisgyerek dührohammal csikarhatja ki a szülői figyelmet; a tizenéves úgy éri el a függetlenséget, hogy megszökik otthonról; a férj késő estig tartó munkával kerül el a vitákat), lehet őket úgy tekinteni, mint a kapcsolat definiálására törv viselkedéseket. Ezeket a funkcionális terapeuta nem értékeli sem hasznosnak, sem kívánatosnak, hanem azt próbálja megérteni, hogy miért van, valamint hogyan és miként tartja fenn azt a többi családtag. Alexander és Parsons¹⁷ a következőképpen illusztrálják a viselkedések családi funkcióját:

Az anya bejelenti, hogy a 14 éves Debbie másfél éve egyre rosszabb tanulmányokat hoz haza. Kb. egy éve elkezdett marihuánát szívni, egy 19 éves fiúval szexuálisan is összejött, és szinte már abba is hagyta az iskolába járást, és ritkán ér haza késő éjjelnél korábban. Otthon mogorva, vitatkozik, néha hisztériás és alig mond igazat.

A családi kontextust vizsgálva a funkcionális családterapeuta azon a kapcsolati eredményen gondolkodik, amit Debbie viselkedése nyújt a többieknek. A saját számára ennek a viselkedésnek a funkciója valamilyen igazolása lehet a családból való kilépés igényének. Mit jelenthet az anya számára? Több dologra is lehet következtetni: (a) az anyának a lánya viselkedése lehetővé teszi, hogy a visszahúzódó férjét visszakényszerítse az otthoni ügyekhez; (b) kiváltja őt a számára túl nagy felelősség alól, miután így az apa lesz a végső tekintély; (c) az apát reagálásra készteti, amit az anya nem tudna elérni, ha maga oldaná meg a helyze-

tet; és (d) megtartja őt az anyai gondoskodó szerepben, annak ellenére, hogy a kamasz lánya egyre önállóbbá válik. Így, bármekkora is a nyomorúság, a dologból kapcsolati eredménye származik az anyának (és az apának éppúgy), állandósítva Debbie viselkedését. A funkcionális családterapeuta azt próbálja megérteni, hogy a problémás viselkedés kapcsolati funkciói kit vagy mit szolgálnak (itt például esetleg közelebb hozzák egymáshoz a szülőpárt), és úgy segít a családnak, hogy ugyanazt másként és hatékonyabban teremti meg. Figyeljük meg: a terapeuta itt nem funkciókat próbálja megváltoztatni, hanem inkább az ezen funkciók fenntartására használt viselkedéseket.

A funkcionális családterápia szakaszokban zajlik. Az első, felfrö szakszban a terapeuta próbálja meghatározni az egyes családtagok viselkedési szkeveniáiból következő funkciókat (például távolságtartás vagy éppen a közelség elérése lehet-e a céljuk). A második szakaszban indítják a változást, azzal, hogy módosítják a hozzáállásokat, elvárásokat, a kognitív készségeket és az érzelmi reagálást. A családtagok a terápiába tipikusan egy büntető, hibázató magyarázattal lépnek be („Az anyám piszkál engem; még mindig azt gondolja, hogy csecsemő vagyok” „A lányom krónikus hazudozó; ő provokálja otthon a feszültséget”). A terapeuta feladata ebben a szakaszban az individualista, hibázató fókusz olyanra változtatni, amelyben valamennyi résztvevő megérti, hogy egy rendszert alkotnak, és a családi viselkedési szkeveniákban közös a felelősségük.

A veszélyeztetett serdülőkkel és családjaikkal dolgozva, a funkcionális családterapeuta igyekszik felfedni az interakciók jellegzetes protektív és veszélyeztető mintáit. A probléma-viselkedést illetően azt emelik ki, ahogyan azt a család kezeli, és ami a nehézségeket okozza.⁷³⁴ A klinikai problémák átgondolása a védés-veszélyeztetés terminusaiban megengedi a terapeutának, hogy inkább a család kapcsolati mintáira hivatkozzon, minthogy eldöntse, ki a hibás a családi nehézségekért. A veszélyeztetett serdülön van a hangsúly; a terapeuta ahhoz ragaszkodik, hogy ő változtasson a figyelemfelhívása eszközein (tehát drog, bandázás), különösen, ha azok másokat is veszélyeztetnek. A kutatási adatok szerint a funkcionális családterápiával sikeresebben lehet csökkenteni a visszaesést, mint más hasonló programokkal.¹⁹

EGYÜTTES SZEXTERÁPIA

A szexterápia területén mind a viselkedés-, mind a kognitív-viselkedés-technikákat alkalmazzák, sokféle zavarban és viszonylag gyors, jó hatásfoku eredménnyel.⁴⁶¹ Nagy általánosságban, ezek az eljárások a tünetek intenzív, rövidterápiás kezelését jelentik, tekintet nélkül eredetükre vagy a mögöttes pszichés, érzelmi okokra. Konkrétan, akár férfiakat, akár nőket kezelnek, a szexuális teljesítmény mechanikai nehézségeinek a csökkentését vagy megszüntetését célozzák. A legutóbbi években, ahogyan a fentebbi eljárásokkal kapcsolatos kezdeti lelkesedés fokozatosan fogyatkozott (mivel gyakran nem sikerült reprodukálni a korábbi eredményeket), a területen erőteljes medikalizáció indult el, elsőnek a sildenafil (Viagra) bevezetésével.²¹²

A szexuális probléma lehet metaforája a pár kapcsolati dinamikájának (ez esetben a terapeuta arra fókuszál, hogy segítsen rendezni a viszonyt), de sokszor önmagában létező nehézség, amely szexuális edukációt, kognitív módosítást vagy a viselkedési készségek tanítását igényli.⁵³³ Több mint valószínű, hogy a hozott probléma háttérében mindkettő eleme szerepet játszanak; a szexuális működést egyre inkább biopszichoszociális jelenségként tekintik.⁶⁶²

A klinikusnak a szexuális működés zavar pszichés, testi és kapcsolati vonatkozásait egyaránt értékelnie kell, miközben nagyon érzékenyen figyel a pszichés kin jeleit (szégyen, zavar, önértékvesztés, szorongás az elutasítástól), amelyet valamelyik vagy mindkét partner mutathat. A terápiás stratégia a kapcsolat olyan becsülését is igényli, hogy a partnerek mennyire elkötelezettek abban: milyenek a szexuális előzményeik és elvárásaik, képesek-e nyíltan beszélni szexuális és egyéb témákról, illetve megtárgyalni az igényeiket, valamint annak mértékét, hogy mennyire képesek a problémamegoldásban együtt dolgozni.⁸²⁶

A szexuálterapeuták gyakori megfigyelése, hogy némely házasság elbomlásban a szexuális nehézségek vagy a pár szexuális össze nem illése miatt bukácsol. Kaplan⁴⁴¹ szerint ezek a nehézségek több csoportra bonthatók, a szexuális válasz egyes szakaszai szerint: a szexuális vágy zavarai (a gyengébb nemi érdeklődéstől a teljes averzióig), a szexuális készenlét zavarai (az izgalom elérésének nehézsége), orgazmuszavarok (korai, késleltetett, fájdalmas), a szexuális tevékenységgel járó egyéb fájdalmak, vagy jelentős eltérés az igényelt frekvenciában.

13.5. A szexuális státusz felvétele

A szexuális problémával jelentkező pár értékelésének lényeges része a szexuális státusz vizsgálata.⁶³⁸ Ennek keretében az interjúkészítő megpróbálja felfedni az aktuális baj közvetlen okait és az orvosi vagy pszichológiai tényezők lehetséges szerepét. Fontos gondoskodni a megjelentek feszélyezettségének feloldásáról, hogy spontán bele tudjanak menni szexuális aktivitásuk részleteibe, mielőtt elkezdjük kérdezni őket az egészen aktuális gondokról: mikor jelentkezett a probléma, hol, milyen körülmények között, ki vetette fel, hogyan reagált a partner, volt-e korábban bármilyen nehézség és azt hogyan oldották meg, végül: milyen érzések és gondolatok kísérték a kudarcos alkalmat, előtte, közben és utána. Néha tanulságos lehet megkérdezni a maszturbációs gyakorlatot, az álmokat és fantáziákat, mivel ezek elvezethetnek a pár problémáinak akár közvetlen okaihoz is, és segíthetnek az ülésen kívüli házi feladatok kialakításában.⁶⁶²

1970 előtt a szexuális zavarban szenvedők népi gyógymódokat kerestek vagy pszichoanalitikushoz fordultak, rendszerint vitatható eredménnyel.³⁸⁶ Azonban Masters és Johnson nagy hatású könyvének (*Human Sexual Inadequacy*⁵³⁶) megjelenésével a szexuálterápia nagykorúvá vált. Az akkoriban jelentkező szexuális forradalom viszonyai között ez a monumentális, tizenegy évnél kutatást összegző tanulmány nemcsak felfedezte a nyílt vitát az olyan szexuális diszfunkciókról, mint az impotencia és a korai magömlés, illetve nőknél az orgazmus elmaradása (amit addig pejorativan frigiditásnak címkéztek)) és a fájdalmas közösülés. Valójában Masters és Johnson bizonyították, hogy az ilyen kliensek nem szükség-szerűen neurotikusak, hanem nehézségeik sokféle korábbi tapasztalatból (vagy azok hiányából) fakadnak, és sikeresen kezelhetők (azaz, a szexuális teljesítmény rendeződik) anélkül, hogy nagyobb figyelmet fordítanának a mögöttes okokra.¹⁴¹

Masters és Johnson megközelítésének alapfeltevése az volt (mondhatni, rendszerszemlélete), hogy egy olyan kapcsolatban, amelyben szexuális zavar előfordul, a partnerek nem függetleníthetők egymástól. Erre az akkoriban nagyon új gondolatra alapozva a kutató-ginekológus William Masters és a pszichológus Virginia Johnson a párokat együtt kezelte, azt hangsúlyozva, hogy minden nemi diszfunkció elkerülhetetlenül részben kapcsolati probléma, és nem csak az egyik partnerhez tartozik.

Klinikai megjegyzés

Hár általában az a kíváncsi, hogy a szexuális státusz felvételekor mindkét partner hallja egymás verzióját, ez a helyzet kényelmetlen is nekik; így olykor arra kényszerülünk, hogy a beszélgetést külön-külön folytassuk le. Ez esetben a terapeutának fel kell vetnie, hogy a feltárt anyagot egy közös alkalommal majd még részletesebben át kell beszélni.

Eredeti szexuálterápiás modelljünkben kéthetes bentlakásos kurzust ajánlottunk, napi ülésekkel.³ Egy nagyon kiterjedt vizsgálat és kiértékelés keretében először részletes szexuális anamnézist vettek fel mindkét partnertől, amely nemcsak a szexualitásuk kronológiáját tartalmazta, hanem még fontosabbként, az erre vonatkozó értékeiket, hozzáállásbeli érzéseiket és elvárásaikat is. Ezt követte az orvosi anamnézis felvétele és alapos fizikális vizsgálat. A harmadik napon a koterapeuták és a házaspárok találkoztak, hogy áttekintve az addigi anyagot, összefüggéseket keressenek az aktuális szexuális nehézségekkel. A következő néhány napon megfelelő instrukciókat adtak a párnak, amelyeketők az ülésen kívüli időben gyakoroltak.

A terapeuták *fokális érzékenyítésre* tanították a párt – vagyis, tanulják meg érinteni és felfedezni egymás testét, egyre jobban kitapasztalni egymás érzékeny területeit, miközben minden egyéb szexuális teljesítmény-kényszert levettek (illetve formálisan megtiltottak). Az érzékenyítési gyakorlatokat úgy tervezték, hogy mindkét partnernek örömet szerezzenek a szexuális szférát addig kísérő szorongás helyett; végső hasznuk pedig az, hogy emelik a szexuális készenlétet és mélyítik az intimitást – a jövőre vonatkozóan is, szorongás és aggodalom nélkül. A technika lényegében Joseph Wolpe⁸⁷⁸ klasszikus deszenzitizációs eljárásán alapul, amelyet a főbiát kiváltó tárgyak és helyzetek kezelésének megtanítására dolgoztak ki.

Masters és Johnson szerint a szexuális diszfunkciók elsődleges oka a teljesítményszorongás – az érintett kritikusan figyeli a saját szexuális teljesítményét, ahelyett, hogy átadná magát az erotikus örömnél. Kiemelik, hogy a folyamat tökéletes élvezete érdekében a partnereknek fel kell függesztenniük minden zavaró gondolatot vagy aggodalmat a saját teljesítményük felől. Bár nem voltak kognitív-behavioristák, kezelési elveik tartal-

³ A Masters és Johnson Institute St. Louis-ban még mindig bentlakásos programokat ajánl, amely eltávolítja a résztvevőket életük mindennapos rutinjától, más intézményekben ritkán követik ezt a gyakorlatot, mivel a párok többségének nem praktikus. A legtöbb partnerpárt ma heti gyakoriságú ülésekben végzik.³⁸⁵

maztak néhány olyan terápiás elemet (szexuális edukáció, kommunikációs tréning, viselkedési gyakorlatok, a fókusz inkább a tüneti remisszió van, mint a múltbeli magyarázatok keresésén), amelyek jól összeillenek a kognitív-viselkedésemeléttel és gyakorlattal.³⁸⁷

A pszichiáter Helen Singer Kaplan⁴³⁷ megpróbálta összegyűjteni a pszichodinamikus modellt Masters és Johnson viselkedési modelljével, és a közösülés körüli szexuális diszfunkciónak számos személyes és kapcsolati okát írta le (szexuális tudatlanság, szorongás a kudartól, teljesítménykényszer, a partner kielégítésének görcsös igénye, az ilyen témák nyílt kommunikációjának hiánya). Kimutatta, hogy sokféle intrapszichés konfliktus lehetséges (korai szexuális trauma, bűntudat, szégyen, elfojtott szexuális érzések és gondolatok) akár egyik, akár mindkét partnerben, akadályozva a kielégítő szexuális tevékenységet. Kaplan idézi a szexuális zavarok pszichés determinánsainak egy harmadik készletét, nevezetesen a kapcsolatból fakadó nehézségeket, mint a házassági viszály sokféle formáját (bizalomhiány, hatalmi harcok, az élvezet elérésének szabotálása). Egyenként vagy kombinálódva, ezek a problémák vagy konfliktusok olyan zavaró szexuális tünetekhez vezethetnek, amelyek magát a kapcsolatot is veszélyeztetik.

Masters és Johnsontól eltérően, akik a jelentkező pároktól két bentlakásos hetet igényeltek, Kaplan, mint szülő terapeuta, heti egy vagy két ambuláns ülésben végzi a kezelést. Integrált módszerben, amelyet *pszichoszexuális terápiának* nevez, vegyes viselkedéses beavatkozások (deszenzitizáció, fokális érzékenyítés, relaxációs technikák), kognitív módosítás, dinamikus pszichoterápia, pánik-ellenes gyógyszerelés és rendszerintű családi beavatkozások egyaránt szerepelnek. A partnerek kapcsolata mindvégig hangsúlyos. Újabban⁴³⁹ a szexuális vágy zavaraival foglalkozik (hipoaktív szexuális vágy), általában ez a fajta zavar a legellenállóbb a kezeléssel szemben. Ennek kezelésére egy még újabb módszer⁴⁴⁵ a szex- és a párterápia elveit integrálja.

A szexuálterapeuták ma sok ismerős technikát alkalmaznak – fokális érzékenyítés, deszenzitizáció (ehhez sokszor használnak egy sorrendbe állított szexuális képsorozatot), speciálisan a szexuális kezdeményezés és visszautasítás témakörre kidolgozott kommunikációs tréning stb. A kognitív-viselkedésterapeuták általában speciális gyakorlatokat terveznek meg a két partnernek.

Az utóbbi években a szexterápia – jobban mondva, az erektilis zavarok kezelése – egyre inkább medikalizálódik és technicizálódik:⁴⁸² az erekciót kiváltó-fokozó szerek, a péniszbe adott tesztoszteron injekció, a különféle vákuumeszközök sok férfinak segítenek a sikeres közösülés elérésében (tesztoszteront nőknél is használnak kezelésként). Ezen tendencia kritikusai viszont úgy vélik, hogy bár ezek használata javítja ugyan a szexuális teljesítményt, de elhomályosítja azokat a mögöttes kapcsolati tényezőket, amelyek a pár nehézségeit okozzák. Van feminista kritika is,⁷⁹⁷ amely szövé teszi a szexuális élmény kapcsolati oldalainak lekicsinylését, valamint a férfiak és nők közötti hatalmi differencia erejének tagadását. A gyógyszerek széleskörű használata negligálja a pár kulturális különbségeit, amelyek megnyilvánulnak a kezdeményezésben, a nyitottság mértékében, a testi érintkezésben, és így tovább. Mivel az „egészséges szexualitás” fogalmilag nincs rögzítve, hanem korokon és nemzedékeken át változik, felmerül, hogy fogadjuk el a szexualitás szociális konstruktivistá szemléletét, amelyet az aktuális kultúra (vagy szubkultúra) közvetít.

Végül is, mint Kaplan is hangsúlyozta, bár a szexterápia jelentős haladás a pár szexuális problémáinak megértésében és kezelésében, nem orvosolja az elromlott házasságot. Ebben a tekintetben Schnarch,^{712,713} elterve a viselkedéses nézőponttól, megpróbálja egybefogni a pár- és a szexterápiákat, és a pár kapcsolatának keretében megfogalmazni a szexuális problémájukat. „Szexuális olvasztótégelynek” nevezi a módszert, amelyben a párokat arra kívánja rávezetni, hogy nagyobb személyes autonómiát és szexuális intimitást érhetnek el az érzelmi elköteleződéssel, mintsem ha kizárólag a szexproblémájuk korrigálására koncentrálnak.

Schnarch a kezelést elsősorban Bowen elméletére alapozza, és úgy próbál segíteni a pároknak túljutni múltbeli egyéni és kapcsolati nehézségeken, hogy mind az egyéni szelf, mind az együtteség érzését fokozza. Megerősíti a gyengén differenciált személyeknél van egy szorongás-hajtotta nyomás az együtteségre, így elveszítik az autonómiájukat, illetve adekvát működésükért a felelősséget áthelyezik a partnerre. Ennek ellenében, kifejezve az illető határozottabb szelf-érzetét, annak a veszélye nélkül lehetséges a kapcsolat a másikkal, hogy „elveszti magát a távolságtartó manőverek folyamatában”. Schnarch szemében a meghitt szex elérése az autonómia ünnepe.

A KONSTRUKTIVISTA KAPCSOLAT

Éppen úgy, mint ahogyan a kognitív-viselkedéses technikák kiegészítik a tisztán viselkedéses megközelítéseket, ma néhány kognitív terapeuta afelé mozog, hogy belefoglalja munkájába a konstruktivista perspektívát.⁵²¹ Különösen figyelemre méltók Donald Meichenbaum (University of Waterloo, Kanada) erőfeszítései. Meichenbaum, aki a „kognitív forradalom” megalapozóinak egyike, tudományosan rendkívül befolyásos, különösen a stressz inokulációról és az ön-instrukciós tréningről ismert.

A legutóbbi években, kognitív irányultsága az erőszak és abúzus áldozatainak kezelésében arra vezette, hogy átvegyen néhány narratív konstruktivista elképzelést (l. a 15. fejezetben). Az emberek leírják traumatizáló tapasztalataik „történetét”, ezzel megalkotják a saját személyes valóságaikat, és megteremtik a saját reprezentációs modelljüket a világról. A konstruktivisták szerint a valóságot „feltalálják”, vagyis az az egyén személyes jelentéseinek a produktuma. Narratív perspektívából, a traumatizált személy történeteket konstruál, hogy megmagyarázza helyzeteit.⁵²⁸

Szociális konstruktivista perspektívából a kliens segítése lényegében azt jelenti, hogy érjék el „narratíváik megjavítását” – azaz, változtassák meg a feltevéseiket és sémáikat a világról és saját képességüket a stressz kezelésére. Meichenbaum és munkatársai olyan kollaboratív üléseket vezetnek, amelyekben a zaklatott kliensek megtanulják kialakítani és elfogadni az átélt stressz egy új felfogását.⁴¹⁰ Egyszerűen fogalmazva, nem az a bajuk, hogy szorongóvá vagy lehangolttá válnak, mivel ezek természetes érzelmek; inkább az, amit mondanak maguknak a helyzetükről vagy a körülményeikről. Ezek a kognitív-viselkedésterapeuták tréningek keretében abban segítik a klienseiket, hogy másként beszéljenek magukkal – feloldva hiedelmeiket, új narratívákat alkotva – és végül, viselkedjenek másként.

ÖSSZEFOGLALÁS

A családterápia viselkedéses modelljei megpróbálják a tudományos módszert összefüggésbe hozni a terápiás folyamattal, kifejlesztve a kontrollált, adat-alapú beavatkozási eljárásokat. Kezdetben a tanulásmódot bevetve alapozottan a viselkedés környezeti, helyzeti és szociális meghatározóit hangsúlyozták. Az utóbbi években a legtöbb behaviorista egyre inkább felismerte a kognitív tényezők hatását a családi interakciók

közvetítésében. A személyes működést a viselkedés és az azt kontrolláló külső körülmények közötti folyamatos, kölcsönös interakciók eredményeként tekintik. A kognitív-viselkedésterapeuták próbálják fokozni a családtagok közötti pozitív kölcsönhatásokat, hangsúlyozva az önszabályozás és önirányítás fontosságát a viselkedés megváltoztatásában. A kognitív módosítás a gondolatok, az észlelések és az attribúciók megváltoztatását célozza.

Jelenleg a kognitív és viselkedéses megközelítéseknek négy különálló területen van jelentős hatásuk: viselkedés-orientált párterápia, szülő-tréning, funkcionális családterápia és együttes szexterápia. Valamennyiben kulcsszerepet játszik a helyes becslés-értékelés, amely megköveteli a probléma azonosítását, a kezelés haladásának mérését és a változás hitelesítését. A viselkedés-orientált párterápia elegyíti a szociális csere és a szociális tanulásmódot elveit, megtanítva a párokat arra, hogyan érhetik el a mindkettőjüknek nagyobb elégedettséget nyújtó pozitív kölcsönösséget. A kognitív beavatkozások a zaklatott kapcsolatban jelentkező feszültséget a kognitív, viselkedési és érzelmi tényezők kölcsönhatása eredményeként tekintik; a kognitív restrukturálás a diszfunkcionális minták és a torzult hiedelemrendszerek (sémák) megváltoztatását célozza. A viselkedés-orientált párterápiában kulcsfontosságú a partner elfogadása.

Miközben a kutatás azt jelzi, hogy stabil házasság számos formában létezhet, az instabil házasságokat a negatív viselkedéscserék túlsúlya jelzi (a pozitívakhoz arányítva). A szülő-tréning, nagyrészt a szociális tanulásmódot alapozva, a szülőket a gyerekek kezelésében használható viselkedéses elvek ismeretére és alkalmazására képezi. A beavatkozás jellemzően a megerősítő kontingenciák új készletének kifejlesztésében segít a szülőknél, akik ennek nyomán új viselkedést tanulhatnak meg. A szülő-tréningben a készségek megszerzése, a kontingencia-szerződés és a viselkedéses elvek megtanulása játszik fontos szerepet.

A funkcionális családterápia megkísérli integrálni a rendszerszemléletet és a kognitív-viselkedésteóriát. Minden viselkedést olyan kapcsolati működésnek tekint, amely a viselkedési szekvenciák adott kimenetelét szolgálja; a funkcionális terapeuták nem megváltoztatni próbálják ezeket a funkciókat, hanem inkább a funkciókat fenntartó viselkedéseket igyekeznek módosítani. A technikát sikeresen alkalmazzák olyan családokban, amelyekben veszélyeztetett, kriminális vagy drogos serdülők élnek.

Az együttes szexterápia mindkét partnert bevonja a szexuális diszfunkció enyhítésébe. Elsőként Masters és Johnson fejlesztették ki, majd Kaplan tovább finomította; a kezelés jellemzően kifejezetten kognitív-viselkedéses technikákat használ (fokális érzékenyítés, deszenzitizáció, kommunikációs tréning), speciálisan a szexuális probléma szanálását célozva. Legújabbban egyre népszerűbbek az orvosi kezelések is. Míg némely szexuálterapeuta kizárólag az aktuális szexproblémára összpontosít és a szexuális teljesítményt igyekszik rendbe tenni, mások próbálják összeházasítani a pár- és a szexuálterápiát oly módon, hogy nagyobb figyelmet fordítanak a párkapcsolati vonatkozásaira.

A kognitív terápia térnyerése több klinikust is arra készítetett, hogy munkájába a konstruktivista perspektívát is belefoglalja. Traumát vagy abúzust elszenvedett klienseknél olyan tréningeket folytatnak, melyek során a helyzetüket, körülményeiket magyarázó új „történeteket” konstruálnak, ezzel feloldva a gátló hiedelmeket és több választási lehetőséget teremtve a viselkedésükben.

14. fejezet

Szociális konstruktivista modellek I.

A megoldásközpontú és a kollaboratív terápia

Az alábbiakban tárgyalandó, posztmodern szociális konstruktivista terápiai hitei visszaautasítják azt az elképzelést, hogy lenne egy objektív, mindenki számára észlelhető igazság – helyett figyelmüket az igazság vagy valóság sokféle – és minden páciens számára megengedett – szubjektív észlelésére fordítják. Kétkednek abban a pozitívista tudományos felfejevésben, hogy az igazság felfedezhető és csak a gondos, objektív megfigyelésre és mérésre kell várni. A posztmodernisták, az 1980-as évektől kezdődően, azt állítják, hogy a valóságnak sokféle nézete van, az abszolút igazság soha nem tudható. A természetesnek vett – vallási, művészeti, politikai, sőt tudományos – felfejeéseknek ez a kihívása **dekonstruálja** a gondolkodás bevett módozatait, új hipotézisekhez, új konstrukciók kifejlesztéséhez vezetve. Itt fontos megjegyezni, hogy a posztmodern trendek kibontakozása körüli kulturális közeg jól tükrözi a számtalan életstílus társadalmi tudatosulását, gyors változásait és a 20. század végével eluralkodó felfogásokat. Posztmodern perspektívából, minden nyitott a változatra, magát a posztmodernizmust is beleértve.

A posztmodern mozgalom, a **konstruktivista ismeretelmélet** egyetemesen – az a nézet, hogy a közös átélés tapasztalatából minden személy a saját személyes nézeteit és értelmezéseit konstruálja meg – rendkívül jelentősen kihatott a családterápia területére, és a mai gyakorlat élmezőnyében van.

A posztmodern szociális konstruktivista szemlélet nyíltan megkérdőjelezi a rendszerszemléletű gondolkodást, különösen annak elsőrendű kibernetikai formáját, mivel arra koncentrált, amit a kliensek képzelnek a problémáikról, és nem ezen nehézségek interaktív és visszacsatolások stb. fogalmainra. A terapeuta kollaboratív, és nem külső szakértőként segít a klienseknek új jelentéseket keresni. Velük tartva, együtt kutatják az új jelentés és cselekvés korábban ismeretlen irányait.³⁷ Tehát nem irányítja a párt vagy a családot afelé, ami az ő előre meghatározott elképzelései sze-

14.1. Konstruktivizmus és szociális konstruktivizmus

A konstruktivizmus és a szociális konstruktivizmus kapcsolódó, de nem azonos fogalmak. Mindkettő a tudás természetére utal, és elveti a valóság objektív leírhatóságát. A konstruktivizmus a kogníció biológiájában – konkrétan a Humberto Maturana⁵³⁷ által képviselt neurobiológiában – gyökerezik. Maturana az észlelés korlátait hangsúlyozta a „kívülről” alkotott tudásban, mivel semmi sem észlelhető közvetlenül és minden személy észlelését megszüri sajátos, egyéni idegrendszere. Ennélfogva mindegyikünk eltérő feltevéseket fogalmaz meg ugyanarról a helyzetről – eltérően konstruáljuk a valóságot –, a saját mentális, szimbólumalkotó és jelentésadó struktúráink működésének eredményeképpen.

A szociális konstruktivizmus egyetért azzal, hogy senki sem látja az objektív valóságot, ám ezt kiterjeszti arra a nézetre is, hogy amit a megfigyelésünk alapján konstruálunk, az a nyelvi rendszerből, a kapcsolatokból és a közös kultúrából ered. Hozzáállásaink, hiedelmek, emlékeink és érzelmeink a kapcsolati tapasztalatokból emelkednek ki. A nyelv révén nevelődünk bele a társadalom előregyártott nézetrendszerébe, a szocializációs folyamatában megtanulunk elfogadható panelekben beszélni és osztani a közös nyelvi rendszer értékeiben és ideológiájában.⁷⁵

A hagyományos modernista pozíció, a konstruktivista nézet és a szociális konstruktivista közötti különbséget jól illusztrálja egy vicc.⁴⁰⁴ „Három játékvezető beszélget. Az első (a modernista) azt mondja: „Aszerint fűtülök, amit csinálnak.” A második bíró (a konstruktivista): „En aszerint, amit észreveszek belőlük.” A harmadik (a szociális konstruktivista): „Nincs is ott semmi, amíg nem fűtülök.”

A terápia oldaláról tekintve, a modernista (olykor esszencialistának hívott) szemléletű klinikus a külső megfigyelő pozíciójából keresi az objektív, tudható körülményeket – a baj okát – és kezeli azt. Ezzel szemben, a másik két szemlélet bármelyikét alkalmazva, a klinikus szorosan kollaborál a családdal, az érdeklődése az interakciók figyelése helyett azokra a feltevésekre (és értékelésekre) irányul, amelyeket a családtagok az életükről alkottak. A konstruktivista úgy véli, a probléma az, ami a szem előtt zajlik, és azzal segíthet, ha sikerül változtatnia azon, ahogyan a tagok felfogják a problémát. A szociális konstruktivista viszont a rendszer részévé válik; kollaboratívan bonyolódik bele a beszélgetésbe, és közösen fedezik fel azokat az új lehetőségeket, amelyek új jelentést alkotnak, ezzel segítve nekik feloldani a problémát.

rint a boldogságot képezi. Ebben a kogníció-központú megközelítésben a nyelv (vagy pontosabban, a nyelvi konstrukciók) az a jármű, amelyen utazva a kliensek értelmet adnak a világuknak, tudást nyernek, jelentéssel ruházzák fel a tapasztalataikat és létrehozzák a saját valóság érzését.

Az, amit a szociálpszichológus Kenneth Gergen²⁹⁵ – régóta a szociális konstruktivizmus jeles képviselője, a Swarthmore College (Pennsylvania) tanára – félelmetes, hatalmas ívű változásnak nevez, a posztmodern szemléletű terapeutáknál az érdeklődés markáns hiányában mutatkozik meg: nem minden iránt, amit hagyományosan az emberi problémák modern, probléma-fókuszú, objektív szemlélete lényegének gondolunk – akár késztetések blokkolják azokat, vagy tudattalan konfliktusok, merev családi korlátok, érzelmi hiányok, torzult kogníciók, diszfunkcionális személyiségvonások stb. Nem érdekeltek a terapeuta és a kliens közötti konvencionális barrier megtartásában sem – Gergen szerint ez csupán „a távollás szentsége, egyfelől az objektivitás, a neutralitás és a ráció, illetve másfelől a szubjektivitás, a tévesztés szabadsága és a szenvedély között”.

A posztmodern, a konstruktivista és a szociális konstruktivista szemléletű terapeuták a sokféleséget becsülik, és úgy érvelnek, hogy a működő (vagy rosszul működő) családról alkotott prekonceptiók csak a gyártója felől nézve „helyesek”. A család működési szintjének meghatározásában nincs standard, ehelyett vannak etnikai, kulturális, nemi, szexuális, szerzővelési stb. különbségek. Az egyes családtagok személyes tapasztalatait és nézőpontját kell itt figyelembe venni, és a család kapcsolódását a nagyobb rendszerekhez (iskola, jóléti szolgálatok). Az események és a kapcsolatok valamennyi felfogását egy mércével értékeli, függetlenül a személy nemétől, társadalmi státusától, kulturális háttérétől vagy szexuális irányultságától.

A terapeuta előítéletei tehát, függetlenül a szak tudásától, nem tekinthetők tárgyilagosnak vagy tévedhetetlennek. Minden elkövetkező beavatkozás a család működési módjának a megváltoztatására azzal a kockázattal járhat, hogy rájuk erőltet egy hagyományos vagy társadalmilag jóváhagyott nézetet arról, mi alkot egy normális vagy stabil vagy boldog családot, vagy hogyan kell a diszfunkcionálisnak minősített családnak megváltoznia. A posztmodern szemlélet visszautasítja azt a dogmatikus elközelítést, hogy a terapeuta látja a világot helyesen, míg a kliensek torzulnak. A szociális konstruktivisták ehelyett a „nem tudható” álláspontot veszik fel,⁴⁰ felváltva az előre eldöntött irányú változás elképzelését egy kollaboratív hozzáállással, amelyben minden résztvevő – a családtagok és a terapeuta egyenlő státusban – megvizsgálja a „valóság” eltérő felfogását megalapozó egyes hiedelemrendszereket. Miután mindenki megfontolta a saját feltevéseit a világról – ezek képezik az eseményeknek

adott *jelentések* alapját – a család és a terapeuta együtt vannak abban a helyzetben, hogy létrehozzák vagy megkonstruálják a család „valóságának” új szemléletét és a tagok számára követhető új lehetőségeket. Nem a problémák eredetére koncentrálnak tehát; a terapeuta helyett a családtagokkal együtt a működő megoldások keresése felé fordul – a lehetőségeket fűrkészi, nem a patológiát. Ebben a menetben a családot segítheti a tagjairól szóló személyes történetek és narratívák központi témáinak tisztázása és felülvizsgálata.

A POSZTMODERN FORRADALOM HATÁSA

A modernista számára a világ egyszerűen ott van és megfigyelhető.²⁹⁸ A posztmodernisták viszont úgy érvelnek, hogy amit valóságnak hívunk, az nem pontos mása annak, ami ott van, hanem inkább szociálisan vagy közösségszerűen konstruált. Freedman és Combs²⁷⁴ szerint:

Annak a posztmodern világlátásnak, amelyre terápiás megközelítésünket alapozzuk, központi tétele, hogy a hiedelmek, a törvényszerűségek, a társadalmi elfogadottságok, az öltözködés és az étkezés szokásai – vagyis minden, amiből a pszichológiai „valóság” felépül – tartósan fennálló társas kölcsönhatásokon keresztül alakulnak ki. Más szóval, az emberek együtt konstruálják meg azt a valóságot, úgy, ahogyan élik azt. (23)

A posztmodern gondolkodók azt hangsúlyozzák, hogy hiedelmeink a világról – lényegében ezt együtt hívjuk valóságnak – nem a világ visszatükrözése vagy térképe, hanem a többiekkel folytatott beszélgetésekből kialakuló szociális találmányok, konstrukciók. A beszélgetés interaktív folyamatában (ami nem csupán szavakat jelent, de gesztusokat, mimikát, hangszínyeket, csöndeket is) az emberek összekapcsolják és közösen megteremtik a valóságról alkotott nézeteiket. A tudás és fejlődése tehát a nyelv által közvetített szociális és kulturális jelenség, és nem a valóság tárgyilagos ábrázolása. Például, a kamaszkor fogalmát csak legújabbban képzelik az emberi fejlődés speciális időszakának. Talán hirtelen megjelent? Nem – az emberek a múlt század vége felé kezdték klasszifikálni felfogásukat a kronológiai életkorról.

Gergen^{294,297} hívta fel a figyelmet, hogy az olyan modern fogalmak, mint a „romantikus szerelem”, az „anyai szeretet” stb., szociális konstrukciók. A mustanság használatos olyan fogalmak, mint „kodependens”,

„homoszexuális”, „bipoláris”, „borderline”, szintén ilyen szociálisan kialakított fogalmak – konstrukciók –, melyeket megszemélyesítünk, mintha léteznének. A posztmodern felfogásban ezek egyszerűen kiagyalt, kitalált történetek, amelyeket a kliensek és a terapeuták egy formán behoznak a terápiába. Az ilyen fogalmak használata lehet a kommunikáció hasznos és kényszerítő módja, de azzal a veszélyes következménnyel járhat, hogy mint terapeuták, úgy írjuk le a családokat, mintha valóban birtokolnák ezeket a jelzőket – és ezek magyarázzák a problémáikat.¹⁹⁴

A posztmodern gondolkodók a *konstruktivizmus* konstrukcióját használják arra, hogy hangsúlyozzák a valóság szubjektív megalkotását. A tudásunk a világról a saját alkotásunkból, rendszerezeinkből, jelentésadományokból származik, és nem az objektíven létező világból. Vagyis, mind-egyikünk felépít a világról egy érzetet, a saját, meglévő, domináns hiedelmére alapozva – amelyek viszont a társadalom domináns hiedelmeit tükrözik. Ezeket mindennapi beszélgetéseink történetei, narratívái tartják életben. A narratívák kulcsszerepet játszanak saját magunk és helyzetünk szemléletének fenntartásában és szervezésében is. Az emberek tapasztalataikat és még az emlékeiket is elsősorban önmaguk narratívái formájában szervezik – személyes és családi történetek, a család körülményeiről, jellemzőiről szóló mítoszok, a valamikori tettek vagy mulasztások megokolásai – így nyer értelmet, folytonosságot és jelentést az életük. A világot mindegyikünk elkerülhetetlenül „a történetek sorának lencsén keresztül tekinti – ami nemcsak egy személyes történet, hanem közösségi, nemzeti, társadalmi és kulturális történetek sora”.⁶³⁰

A TERÁPIA POSZTMODERN SZEMSZÖGBŐL

A posztmodern gondolkodású terapeuta, ahelyett, hogy a családtagokat rendszerként szemlélné – ami, Lynn Hoffman szerint⁴⁰³ azzal a kockázattal jár, hogy kívülről programozható tárgyként tekinti őket –, megpróbál együttműködni velük, mint önmagukat megalkotó, független résztvevőkkel. Az a kiindulópontja, hogy a szakértelem megoszlik valamennyi résztvevő között. A terapeuta már nem különálló, hatalommal bíró külső megfigyelő vagy egyedüli szakértő, hanem inkább résztvevő, a saját hiedelmekészletével, aki a családtagokkal együtt kész szerepet vállalni a megfigyelt valóság konstrukciójának felépítésében. Már nem igényli, hogy utasításokat osztogasson, hanem együtt dolgozik a kliensekkel a történetek elmondásában, újraélésében és új kimenetek vagy lehetséges al-

ternatívák együttes kimunkálásában. Beleadja magát a dialógusba, és segít nekik úgy fellazítani életük rögzült elszámolását (egy olyan számla, ami elől nincs menekvés), hogy ígéretebb alternatívákat fontolhassanak meg.

Lemondva az ülések feletti kontroll és hatalom gyakorlásáról, illetve a kliensek feletti tekintélyről, ezek a terapeuták a valóság premisszáinak közös készlete iránt érdeklődnek, amit egy család a viselkedését állandósító problémáról tart. Együtt, egy egységes terapeuta-család megfigyelő rendszer részeként a terápia olyan kooperatív vállalkozássá válik, amelyben az új jelentést és megértést közösen konstruálják – azt többé nem a terapeuta erőlteti. Az új szemlélettel a családtagok jogosított történeteket fejlesztenek ki magukról, és végeredményként a nehézségeik kezelésének új módjait találják meg.

Ahelyett, hogy a szakértő által készített „objektív” becslést tálalják, abban a „beszélgetésben”, amelyben együtt vizsgálják a családi probléma jelentéseit valamennyi résztvevő számára, a szociális konstruktivisták a kollaboratív dialógus pozícióját veszik fel, tisztelve a családot és nem ítélkezve. Például, Harlene Anderson³⁶ „nem-tudom” álláspontja (l. lentebb) megengedi a terapeutának, hogy kövesse a kibomló témát, és ne erőltessen semmilyen előre eldöntött sémát vagy keretet. Ebből a szemléletből több minden is következik:³⁷

Megengedi a terapeutának, hogy *felhagyjon a szakértő-pozícióval*. Nem hoz az ülésre semmilyen prekonceptiót arról, hogyan kellene vagy nem kellene a családnak változnia. Másként közelít: megtanulja, hogy a családdal együtt tesz valamit, és nem kívül azon.

Jobban elfogadja az eklekticizmust. A konkrét beavatkozások alkalmazását eltávolodva, a terapeuta kombinálja a technikákat (kognitív, rendszerszemlélet stb.) illetve az elrendezéseket (egyéni, pár, család). Nagyobb valószínűséggel *figyel a sokféleségre*. Azáltal, hogy elkerüli a normál családi élet hagyományos bedobozolását, és nem keresi egy adott helyzet „igazságát”, a terapeuta inkább képes tanulni az egyes családtagok által képviselt sokféle nézetből, és nem esik abba a csapdába, hogy a saját szociális előítéleteit ajánlgassa.

A klienseket és a terapeutákat *egyformán feljogosítja* annak képviselőtételére, hogy a helyzetük megváltoztatható. Ha a nyomorúság vagy a személyes kudarc eseményeit, amelyeket a megzavart család a terápiába hoz, az „igazság” helyett szociális konstruktumként definiálják át, az életeseményeik másféle fejlődésének a kilitása elérhetőbbé válik.

A POSZTMILÁNÓI FELFOGÁS KAPCSOLATA A POSZTMODERN SZEMLELETTEL

A posztmilánói megközelítés egyik, Boscolo és Cecchin által jegyzett egyedülálló fejlesztése közeledés a másodrendű kibernetikai nézőpont felé. A gyakorlatban ez egy nem hierarchikus kapcsolódást jelent a családokkal: bátorítják az önvizsgálatot és úgy nyújtanak változási lehetőséget, hogy nem tapadnak le a terapeuta által előzetesen felállított terápiás réthoz. Tehát inkább kíváncsiak,³⁸ mint stratégiások/manipulativak. Boscolo és Cecchin ma azt a véleményt vallják, hogy a terapeutának a jelenlegi rendszerük vizsgálatára és választási lehetőségeik feltárására kell irányítania a családtagokat, ahelyett, hogy a saját feje után megfogalmazott direktívák alapján beavatkozzon. A terapeuta és a családtagok együtt fontolgatják meg a választásokat, a helyzetükre és annak megjavítására vonatkozó még feltáratlan elképzeléseiket. A cirkuláris kérdezés („Melyik irányodhoz fordulnál vészhelyzetben? Ki az a családban, akit a leginkább felzaklat a szüleid veszekedése?”) különösen serkentően hat itt, mivel minden résztvevőt arra készítenek, hogy önmagát egy kapcsolati mezőben lássa, miközben megismeri a másik szempontjait arról, ami a családban zajlik.

Ez az kollaboratív posztmilánói pozíció jelentős kapcsolat a posztmodernizmussal. A neutrális álláspont és a körkörös kérdezés révén a posztmilánói terapeuta megengedi a családnak, hogy jelentést adjon annak, hogyan a tagjai szervezik és meghatározzák az életüket. Az első szisztematikus próbálkozások (azaz a milánói alapelvek: neutralitás, körkörös kérdezés és hipotézisalkotás alkalmazása) nyomán a posztmilánóiak rájöttek, hogy a kérdezési folyamat már önmagában is beavatkozás. Redukálva a család érzelmi intenzitását, hozzájárul, hogy a tagok meghallják a probléma más értelmezéseit. Így a terapeuta feladata az lett, hogy középpontba állítsa ezt a fajta kérdezést és annak a feltett kérdések típusára alapozott hatását.

Klinikailag a terapeuta abban érdekelt, hogy segítsen a családnak, fontolgatja meg újra a helyzet jelentését, és ha ezt választják, bátorítja őket, hogy a maguk módján változzanak. Nem próbálja direktíven megváltoztatni a rendszert vagy eldönteni, hogyan kellene annak változnia. Ez a segítség a választások feltárásában – és a benne foglalt következmények – ellenében állanak a hagyományosabb családterápiás megközelítésekkel, amelyekben a terapeuta nyíltan lerombolni próbálja a merev

családi struktúrákat – vagyis amit ő hibásnak lát a kapcsolati viselkedésmintákban. Ez a posztmodern elméleti perspektíva, együtt a másodrendű kibernetikának azzal a következményével, hogy a terapeuta a megfigyelt rendszer része, előfutára a szociális konstruktivista megközelítéseknek a családterápiában.

A VALÓSÁGOT CSINÁLJÁK, NEM FELFEDEZIK

A posztmodern gondolkodás felhívja a figyelmet arra, hogyan alkotnak az emberek feltevéseket, és vannak le további következtetéseket – jelentést adva – a problémáikból. Azt állítja, hogy az igazság viszonylagos és a körülményektől függ, és hogy a hiedelemrendszerünk csupán a világról alkotott szociális konstrukcióinkat tükrözi – tehát csak egy szempont, nem az „igaz” valóság.²⁹⁷ Ha mindegyikünk feltalálja a saját valóságát, az a lehetőségünk is megvan, hogy azt különbözőképpen hozzuk létre.⁸³⁹

Történetileg, a modern pszichológia nagy hangsúlyt helyezett az objektív igazság feltárási logikái és tapasztalati módszerek kifejlesztésére. Az a feltevés, hogy az emberi viselkedésnek experimentálisan megismételhető, érvényes és általánosítható szabályai vannak, oda vezetett, hogy ezek a szabályok megfelelnek az észlelhető valóságnak. Ebből a perspektívából nézve az univerzális igazságok megismerhető világában élünk, amelyben érvényes és a külső megfigyelő által is felfedezhető az okság. A megfigyelő, amennyire csak lehetséges, megkísérli kizárni a kutatásból a saját elfogultságait. A hipotézisek és a tapasztalati igazolás alapján dolgozva, a kutató arra törekszik, hogy annyi változót ellenőrizzen, amennyit csak lehetséges, tüzetes vizsgálat alapján beszéljünk a kísérletet egyetlen független változóra.

Klinikai perspektívából ez a modernista szemlélet a terapeuta feladatát úgy határozza meg, hogy segít a családoknak (belátást nyújtva, különbségtévést javasolva, tisztázva a határokat, feladatokat írva elő stb.) a helyzetük hatékonyabb kezelésében. Ebben a keretben a terapeuta a képzett, szakértő megfigyelő, aki a család kóros ciklusait kutatja, diagnosztizálja, majd azokat megszakítva hozzásegíti a családot a továbblépéshez.⁷⁵⁸ Azonban egyre több családterapeuta fogadta szkepszissel ezt a modernista felfogást, belátva, hogy a családi rendszer fő elméletei csupán a 20. század középse évtizedeiben uralkodó kultúrát tükrözik, annak minden elfogultságával arról, hogy mi képviseli az igazságot vagy a valóságot.²⁰⁷

Különösen Doherty²⁰⁷ érvel amellett, hogy egészében véve, a modernista családterápia képtelen megfelelően foglalkozni azokkal a kérdésekkel, amilyeneket a társadalmi nem, az etnikumok kultúrája, a nagyobb szociális rendszerek, illetve a politikai és gazdasági tényezők hatásai felvetnek. Azonfelül, annak pontos meghatározása, hogy mi alkotja a normál családot, egyre nehezebb, az egyszülős, nevelőszülős, homoszexuális és leszbikus párok, a kettős karrierre épülő családok stb. jelen korunkban. Ha a családi diszharmónia forrásaként csak a családi kapcsolatra tekintünk le, mint amit a családterápia kibernetikai szemlélete példáz, képtelenek leszünk figyelembe venni a szélesebb szociális körülményrendszert (mondjuk, a társadalomba bevéődött és támogatott patriarchális mintákat).

Hasonlóképpen, figyelmen kívül hagyva a multikulturális hatásokat, a modernista terapeuták azt kockáztatják, hogy az etnikailag nekik ismeretlen családokat is a saját „objektív” standardjaik alapján ítélik meg. A posztmodern felfogás elveti az ilyen úgynevezett tárgyilagos tudást, megkérdőjelezi bizonyosságát és egyetemességét. Az igazság nem változhatatlan vagy abszolút – egyszerűen csak a legtájékozottabb megértés, az emberek részéről leginkább elfogadott konszenzus. Vizsgálati témáját illetően a posztmodern kutató elkerülhetetlenül szubjektív, és a talált eredményeket inkább a vizsgálódás termékének tekinti, és nem a dolgok valódi állásából, működéséből levonható tényeknek. A valóság csak az arról gondolkodó konstrukcióinak összefüggésében létezik.³⁴⁹

Az úgynevezett teljes igazságokról vallott szkepszis dekonstruktivista nézőpontjából, szemben a modernista szemlélettel és feltevésekkel, a világ minden, csak nem egyszerű, és nem ismerhető meg teljes bizonyossággal. Mindegyikünknek van egy személyesen és kulturálisan megalapozott „tudása” a világról – és választásainkat ezen tudásra alapozzuk. Azonban ezek a választások nem az egyetlen lehetőségek, csupán elfogultságainkat tükrözik, mind a dolgok állásáról, mind a saját lehetőségeinkről. Ilyen értelemben a terapeuta munkája a kliensei támogatása abban, hogy legyenek a saját választásaik ügynökei; először is, arra kell biztatni az embereket, hogy mondják el a történeteiket, azután segíteni nekik lebontani ezeket a konstrukciókat és úgy újraépíteni, ami megerősíti őket.⁶¹¹ Doherty²⁰⁷ arra biztatja a terapeutákat, hogy kerüljék ki a köztük

és a kliensek között felmeredt hagyományos gátakat, engedték bele magukat a családdal egy szubjektív, de felszabadító dialógusba. Mint írja:

[A posztmodern terapeuták] célja: képessé tenni klienseiket arra, hogy az élethelyzeikre új jelentéseket találjanak, és a nehézségeiket olyan módon „meséljék újra”, nem felszabadítja őket a domináns kultúra megbabonázó erejétől. (38)

A SZOCIÁLIS KONSTRUKTIVISTA TERÁPIÁK

A szociális konstruktivista terapeutákat azok a feltevések foglalkoztatják, amelyeket az egyes családtagok tartanak egy problémáról. Visszaautasítják a szokásos terapeuta–kliens hierarchiát, miután tagadják, hogy a kliensekre vonatkozó tudásuk magasabb rendű lenne, mint az övéké saját magukról. Ehelyett, nagyobb egyenlőségre törekedve, a családok beszélgetésbe vonására fókuszálnak, nem erőltetik rájuk az „igazságot” vagy az „objektivitást” vagy annak belátását, amit „mindenki tud”. A magukról szóló „történetek” megvizsgálásával a terapeuta és a kliensek együtt keresik a problémák szemléletének és megoldásának új, megerősítő módjait.

Mint megjegyeztük, a szociális konstruktivisták²⁹⁴ osztják azt az elképzelést, hogy a realitásról alkotott feltevések nem a valóság objektív tükrökei, hanem a kommunikáció – a nyelv és a beszélgetés – révén keletkeznek. Vagyis tudásunkat a szociális kontextusból fejlesztjük ki. A nyelv több, mint a gondolatok és érzések csupasz kifejezése; az emberi kapcsolatokat formázza, illetve formálódik általunk. Ha nincs olyan, mint külső valóság, akkor mindegyikünk azt a megfigyeléssel, a megfigyelték különbségeinek összevetésével, és ezeknek az észleléseknek a nyelv útján történő megosztásával képi. „A nyelv az emberek közötti egyetértés megállapodás folyamata, ennél fogva, alapja annak, ahogyan az ember tekinti a valóságot.”¹⁴⁴

Ebben a fejezetben négy szociális konstruktivista megközelítést mutatunk be, amelyekben a nyelv és az eseményeknek adott jelentés elsőbbséget kap a család kapcsolati mintáinak és viselkedési sorozatainak a megfigyeléséhez képest. A terapeuták a családot olyan megbeszélésekbe próbálják bevonni, amelyek megkönnyítik, hogy a tagok észlelése a problémáikról megváltozzon, és végső soron feljogosítsa őket az újramesélésre és életük aktív irányítására.

A meggyökeresedett, és talán idő előtt szentté avatott hiedelmeket megkérdőjelezve, ezek a családterapeuták egy olyan figyelmi váltást ösz-

14.2. Klinikai megjegyzés

A szociális konstruktivista terápiák jellegzetességei

- A terapeuta–kliens kapcsolat egyenértékű.
- A kapcsolat lényege a kölcsönös vizsgálódás.
- A kliens életének szakértője ő maga (és nem a terapeuta).
- Az aktuális problémáról alkotott feltevéseket kutatják.
- A figyelem fókusza a kogníció, nem a viselkedés.
- A cselekvést a hiedelmek formálják, a hiedelmeket pedig a kultúra.
- Az új konstrukciók kialakításának eszköze a nyelv.
- A cél a kliensek segítése azzal, hogy életük új jelentései táruljanak fel.

ívóznak, amely eltávolodik a család aktuális problémáinak oknyomozásától vagy jellegének kutatásától. Az új fókusz: megvizsgálni a családtagoknak a maguk számára kreált történeteit (értelmezések, magyarázatok, elméletek a kapcsolatokról) a megélt eseményekről. Az emberek gyakran meg vannak arról győződve, hogy történeteik maga az igazság; hogy pontosan kifejezik azt, ahogyan a dolgok valójában történtek; pedig voltaképpen összekeverik a világról felvett személyes térképüket szándékaik térképével.⁴ Rögzült hiedelemrendszerük azután nemcsak azt befolyásolja, amit látnak, de az elemzésüket, értelmezésüket és jelentésadásukat is.

A szociális konstruktivistákat különösen érdekli, hogyan általánosul a kliensek merev és rugalmatlan világlátása, mivel az ilyen, rendszerint negatív dogmatikus meggyőződések megnehezítik, sőt lehetetlenné teszik az események vagy a kapcsolatok alternatív magyarázatait a számukra. A kliensek nézeteit a valóság konstruálására használt nyelvet tükrözi. A nyelv – beszélgetés – viszont a terapeuta eszközévé válik, az elavult viselkedések megváltoztatásában.

Megoldásközpontú rövidterápia

Azamat legnépszerűbb és befolyásos családterápiák között a megoldásközpontú rövidterápia (solution-focused brief therapy, SFBT) a változással foglalkozik, és nem annak mérlegelésével, hogy miért fejlesztette ki a család az aktuális problémáit. Az SFBT-terapeuta ragaszkodik ahhoz,

⁴ Azt az elképzelést, hogy „a térkép nem a terület”, először a filozófus-nyelvész Alfred Korzybski¹⁴⁵ javasolta, és kedvelt hivatkozása volt Batesonnak.¹⁴⁶ Azt emeli ki – és ez az, amiért a szociális konstruktivisták ismét hangsúlyozzák –, hogy a helyzet elemzésére alkalmazott fogalmi keret (az ábrázolás) személyes hivatkozási pont, és nem keverhető össze a helyzet valóságos mikéntjével (az ábrázolt területtel). A valóság értelmezése – értelmezés, és nem a valóság maga. Egy azonos tapasztalatnak sok – talán végtelen számú – lehetséges magyarázata vagy értelmezése lehetséges.

hogy a család, egészen a terápia kezdetétől fogva csatlakozzon be a problematikus helyzetről szóló *terápiás beszélgetésbe*. Eléri a családot attól, hogy spekuláljanak, miért keletkezett az adott dilemma vagy kínos helyzet, vagy hogy a mögöttes kórosságukat keresgéljék; ehelyett a terapeuta a helyzetet és a remélt megoldásokat leíró családi nyelvezetre figyel. A terapeuta által vezetve, de a kliensek céljai által irányítottan, a család tagjai a céljaik elérésére alkalmas lehetséges megoldásokat konstruálnak. Mint Berg és de Shazer⁸⁶ írja:

Ahogy a kliens és a terapeuta egyre többet beszélnek az együtt felépítendő megoldásról, elérik, hogy higgyenek annak az igazságában vagy valóságában, amiről beszélnek. Ez az, ahogyan a nyelv természetesen működik. (9)

„Problémabeszéd” (vagyis zaklatott életük okainak magyarázása, „tényekkel” bizonyítva) helyett ezek a pragmatikus, minimalista terapeuták a „megoldásbeszélgetést” ösztönzik (amelyben a két fél, terapeuta és kliensek az együtt elérni akart megoldásokat vitatják meg). Például, ahelyett a kezdő kérdés helyett, hogy „Mondják el, milyen nehézségek hozták ide Önöket?”, inkább azt kérdezik: „Hogyan tudnánk együttműködni, ami segít a helyzetük megváltoztatásában?” Szociális konstruktivista irányultsággal dolgozva,¹⁹⁴ a terapeuta ezzel megteremt a dialógus színterét, előtérbe hozva azt az elvárást, hogy lesz változás, és nyomatékosan kérve a kliens aktív és kollaboratív részvételét annak elérésében.

A megoldásközpontú terapeuta hangsúlya a jelentésadásra használt nyelvezeten és a terapeuta-kliens párbeszédén van (de nem az „igazság” nyomon követésének külső, szakértői elemzésén), valamint a valóság sokféle szemléletén – ezek mind megfelelnek a konstruktivizmus ismeretelméletének. Ha számos valóság létezik, akkor minden egyes valóság önkényesen és szubjektíven a külvilág személyes konstrukcióján vagy történetén alapszik; ezért, a valóság, amiben egyetértünk, nem más, mint perspektívánk nyelviileg közvetített konszenzusa. Az SFBT terapeuta a megoldásközpontú beszélgetéssel abban segít, hogy higgyenek abban az igazságban vagy valóságban, amiről a terapeutával együtt a diskurzus folyik, és olyan megoldások felépítésében, amelyek a közösen hitelesített észleléssel összeegyeztethetők. A működőképes megoldások önmaguk újra-leírásából erednek – voltaképpen a család egy új, feljogosító történetet hoz létre önmagáról. Ha ez sikeres, a kliensekben kognitív változás

lértéknik, miközben újjáépítik a saját megoldóképeségükbe, adott problémájuk kontrollálhatóságába, leküzdésébe vetett hitüket.⁷⁴²

Ez a nemzetközileg elismert rövid távú megközelítés (hangsúlyozva a kliens nem-patologizáló szemléletét, és aktuális, konkrét problémák megoldására törve) előszörban a szociális munkás Steve de Shazer¹⁹³⁻⁵ és munkatársai (változó időtartamban: Insoo Berg,⁸⁵ Eve Lipchik,⁵⁰² Scott Miller⁵⁷² és Michele Weiner-Davis⁵⁴⁶) munkásságán alapul, az 1978-ban létrehozott Milwaukee Brief Family Therapy Center keretében. A központot de Shazer és felesége, a koreai születésű Insoo Berg együtt alakították meg (Steve 2005-ben elhunyt, azóta Insoo vezeti). Lipchik Milwaukee-ben, Miller Chicagóban, Weiner-Davis Woodstockban praktizál, utóbbi egy kis magánklinikát alakított át SFBT központtá.

De Shazer dolgozott a Mental Research Institute-ban, szorosan együttműködve John Weaklanddel, aki az MRI rövid családterápia egyik alapítója volt. „Nem meglepő tehát, hogy az SFBT abban megegyezik az MRI felfogásával, hogy a hibás családi működés lényegében a probléma megoldásának elhibázott kísérleteiből ered; miután a család, kimerítve a probléma kezelésének meglevő útjait, megkezd.²¹⁶ Annak a hangsúlyozásában is társak, hogy miután a család a konstrukciók egy hibás vagy negatív sorozatát kifejlesztette, ennek eredményeként a tagok nem vagy csak nagyon korlátozottan látnak maguk előtt választási lehetőségeket, és a problémáiról való gondolkodásuk (és annak megfogalmazása) ugyanaz, mint azelőtt.⁵⁰³

Nem arra összpontosítva, hogy az adott konkrét probléma miért és hogyan keletkezett, a megoldásközpontú terápiában a családnak a „beragadt” elkerülő kreatív megoldások felfedezésében próbálnak segíteni. Míg a MRI-terapeuták arra akarják rávenni a klienseket, hogy a nem működő viselkedést változtassák meg, az SFBT hívei a *gondolkodásuk* megváltoztatásán ügyködnek, azzal, hogy a zavaró probléma kezelésére új megoldások lehetőségét nyitják meg. A MRI-modell probléma-fókuszú, a Milwaukee-modell pedig a megoldásra összpontosít. Az előbbi arra ösztönzi a klienseket, hogy cselekedjenek másként, az utóbbi meg arra, hogy szemléljenek másként.⁷⁴²

⁸⁶ A korai megoldásközpontú elmélet egészen szorosan azonosult a stratégiás megközelítéssel, Milton Erickson számos indirekt technikáját átveve. De Shazer később a filozófus nyelvész Ludwig Wittgenstein elgondolásai felé fordult – különösen a „nyelvi játékok” felvetéséhez, amelyek lényegében a valóság meghatározásáról szóló beszélgetések.¹⁹⁴ Wittgenstein⁵⁷⁷ szerint a hipotézisek vagy magyarázatok helyébe a leírások hangsúlyozása kell kerülni. Ma a megoldásközpontú irányzat egyértelműen a szociális konstruktivista táborban van, hangsúlyozva a nyelv központi szerepét abban, ahogyan a kliensek nemlétező önmagukat és a problémáikat. Ennélfogva, a változás abból jön, hogy a „probléma beszédéből” átváltsanak a „megoldás-beszélgetésre”.

A feltevés itt az, hogy a kliensek már tudják, amit tenniük kell a panaszuk ellenében; a terapeutának abban kell segítenie, hogy ennek a már meglevő tudásnak egy újfajta használatát konstruálják meg. Az általános cél tehát annak támogatása, hogy a kliensek elindítsák a megoldás folyamatát. Nincs szükség arra, hogy a hatás eléréséhez a megoldást a konkrét, adott problémára adaptálják. Voltaképpen a megoldásközpontú terapeuták úgy gondolják, hogy a megoldási folyamat esetről esetre inkább hasonló, mint a megcélzott problémák. Megközelítését magyarázva, de Shazer egy egyszerű metaforát használ. A klienseket a terápiába hozó panaszok olyanok, mint egy kielégítőbb életre nyíló ajtó: csak akkor nyitható, ha megtalálják hozzá a kulcsot. Gyakran sok időt elpazarolnak azzal, és egyre csalódottabban, azon filozofálva, miért van az ajtó bezárva, miért nem nyitható – ahelyett, hogy az egész család együtt keresné a kulcsot.

De Shazer¹⁹²⁻³ általános hozzájárulása az, hogy el kell látni a családot „álkulcsokkal” – vagyis olyan beavatkozásokkal, amelyek sokféle zárba alkalmasak. Az ilyen kulcsok persze szükségképpen nem passzolnak tökéletesen a zárhoz, de ahhoz elég jók, hogy kialakuljon egy megoldás. Vagyis, megoldást konstruálva, a terapeutának nem szükséges tudnia a probléma történetét, vagy azt, hogy mi tartja fenn a panaszt. A terapeuta nem érdekelt a panasz részleteiben, ehelyett jobban izgatja a család elvárásainak a felkeltése a változás vagy megoldás iránt. Az ülések számának korlátozása (jellemzően 5-10) is a változás iránti elvárás kialakulását segíti, ettől a célok elérhetősége közelebbnek tűnik. (Ezzel az SFBT is kedvenc hivatkozása az egészségbiztosítóknak, amelyek folyamatosan a terápia hosszának csökkentése érdekében gyakorolnak nyomást a terapeutaikra.)

Egy elméleti szempont, ami különösen eltávolítja a Milwaukee Center felfogását az MRI rövidterápiától, annak az elgondolásnak az elvetése, hogy a változásért jelentkező kliensek ugyanakkor ellenállnak a változásnak. A megoldásközpontú terapeuták azt tartják, hogy a kliensek igazán együtt akarnak működni és változni is – csak akkor állnak ellen az értelmezéseknek vagy más terápiás beavatkozásoknak, ha az nem tűnik előlük megfelelőnek. Az együttműködés megszerzéséhez a terapeutának jutalmaznia kell a klienseit („Látom, valóban jó anya akar lenni ilyen nehéz körülmények között is”), kiemelve például múltbeli sikereiket. Amint a családtagokat meggyőzte, hogy az ő oldalukon áll, lesz abban a helyzetben, hogy javasolja valamilyen újnak a kipróbálását, amitől még jobbak

lehetnek. A terapeuták jellemzően apró változások kezdeményezését javasolják, és ha az megvalósult, további, a kliensek által kezdeményezett változásokhoz vezet a rendszerben („Úgy látszik, Marynek tetszik, amikor szerda esténként mellülök és beszélgetek vele. Mit gondolsz, megpróbálhatnám ezt a jövő héten még két estén?”)

14.3. Terápiás találkozás Egy megoldási folyamat kezdeményezése¹⁹²

Figyeljük meg, hogyan állítja fel a terapeuta a változás elvárását egy, kénytelen a tökéletes anyasággal küzdő nő esetében. Abban segít, hogy megteremtődjön a kliensben az elvárás megfelelő érzete.

Mrs. Baker nem volt meglegedve a gyermekei iránti hozzáállásával. Úgy vélte, abszolút mértékben fel kell hagynia a velük való kiabálással, ami amúgy is eredménytelen, csak mindenkit jól felzaklat. Próbálva találni egy minimális célt, a terapeuta megkérdezte: „Mit gondolsz, mi fog történni, amikor elkezd nyugodtabb lenni, és ésszerűen közelíteni a gyerekeihez?”

Néhány kulcsjellemző érdemel figyelmet ebben a terápiás beavatkozásban, ami emlékeztet egy Erickson-féle hipnotikus utasításra. A megfogalmazás átírja a célt (egy nyugodtabb és ésszerűbb viselkedés), kisebbre, de így elérhetőbbre, mint amilyen a kiabálás fellépés teljes beszüntetése. A benne foglalt javaslat nemcsak arról szól, hogy az asszony felvehetne egy nyugodtabb és ésszerűbb stílust, hanem az is benne van, hogy akarja azt („amikor” használata „ha” helyett). Továbbá, benne van a további elvárás, hogy a nyugodtabb és ésszerűbb stílus különbséget fog eredményezni, és ez a különbség megfelelően észrevehető lesz Mrs. Baker számára („a dolgok történni fognak”).

Azzal, hogy a célt egy apró lépésbe fordítja, a terapeuta arra biztatja a kliensét, hogy olyan változással haladjon, amelyet valószínűleg önmagából eredmények tekint, tehát minimalizálja a terapeuta további beavatkozását. Valójában esetlegessé tette Mrs. Baker viselkedését, megengedve mind a kiabálást, mind a nyugodtságot, a körülményektől függően; ezzel a gyerekei már nem találtak annyira megjósolhatónak őt (és így kevésbé hagyhatták figyelmen kívül). Ennek következtében a kiabálás „oka” is csökkent, gyakoriságban és intenzitásban is. Hamarosan az alkalmi kiabálás új jelentést nyert, jelzett a gyerekeknek, hogy mikor van gond. Tehát az asszonynak nem kellett teljesen abbahagynia a kiabálást ahhoz, hogy tökéletes anya legyen, mint azt a terápia kezdetén hitte. Most már volt egy megoldása – a választás kiabálás vagy nem kiabálás között, a helyzettől függően. De Shazer technikája teljesen elfogadja Mrs. Bakert (mint kiabálót), nem helyteleníti és azt sem mondja, hogy változtasson, küszöbölje ki a kiabálását. Még ha folytatja is a kiabálást, amikor az célszerű, ezt nem tekintik az ellenállás jelének, hanem éppenséggel együttműködésnek.

14.4. A vagy/vagy és a mindkettő/és választások¹⁹²

A nehézségekre koncentrááló emberek gyakran „vagy/vagy” választásban gondolkodnak (vö. Mrs. Baker dilemmája a kiabálásról vagy a nyugodt felépülésről). Ehelyett a megoldásközpontú terapeuta rendszerint a „mindkettő/és” választást ajánlja. A párterapeuták gyakran látják, hogy mindkét fél a „vagy/vagy” pozícióban van („Nekem van igazam, te tévedsz”). Ilyenkor a terapeuta nyilvánvalóan nem hirdet győztest, hanem felajánlja annak helyettesítést egy „mindkettő/és” megoldással (mindkettő pozíciója érvényes; és ha egyikük sem akarja meghallgatni a másikat, az egy nem működő állapot-hoz vezet), annak érdekében, hogy a pár újravizsgálhassa szempontjait.

A SFBT terapeuta a kliensekkel azt a pozíciót veszki fel, hogy a változás elkerülhetetlen; az egyetlen kérdés az, mikor következik be. Így olyan elvárásokat kreálnak, hogy a változás rögtön jöjjön, amint a „kulcsot” megtalálták. Mint lentebb következő példákban mindjárt látjuk, a terapeuta fennhangon azon töpreng, vajon a kliense számít-e arra, hogy más lesz, amikor az aktuális panasz eltűnik. Ha ez az új keret megalapozódik, a terapeuta és a kliens valószínűleg felkészültek a megoldáson dolgozni. De Shazer szerint önmagában az elvárás, hogy valahová elérve más lesz, hogy valahol kielégítőbb lesz a helyzet, egy olyan jótékony változást eredményez a kliensben, ami megkönnyíti az odavezető utat.

A megoldásközpontú terapeuta különféle terápiás kérdésekkel tanácsolják megszakítani a probléma-fenntartó viselkedési mintákat, módosítani az elavult családi hiedelmeket és felerősíteni az addig megváltoztathatatlanak gondolt viselkedést néha áttörő kivételeket. Három fajta kérdés, melyeket gyakran feltesznek az első ülésen, egyre inkább központi szerepet játszik ebben a megközelítésben: (a) csoda-kérdések; (b) kivételt kereső kérdések; és (c) osztályozó kérdések.⁸⁷

A csoda-kérdés így szól:¹⁹⁴

Tegyük fel, hogy egy éjszaka csoda történik, és amíg alszik, a mostani problémája megoldódik. Miből tudná ezt? Mi volna más? Mit venne észre a következő reggelén, ami eszébe jutna, hogy csoda történt? Mit venne észre a párja? (113)

A kérdést úgy tervezik, hogy ennek kapcsán a kliensek le tudják írni, mit kívánnak a terápiától.¹⁹⁴ A jövőre irányultan, és felvillantva egy feltételezett megoldást, ez a terápiás nyitás minden családtagnak lehetőséget kínál, hogy elgondolkozzanak, milyen lesz az életük, amikor a családterápiába hozó probléma (tegyük fel, egy párkonfliktus vagy a szü-

lők és a felnőtt kamasz között) megoldódna. A családtagokat arra is bátorítják, hogy vegyék számba, a többiek milyen különbségeket vesznek majd észre.

Ezen a módon azonosítani lehet a célokat, és felfedni a potenciális megoldásokat. Nemcsak egy fényesebb jövő megfontolásáról van szó; hanem arról is, hogyan érik el ezt maguk a családtagok. Az elképzelés az, hogy a kliens fokozatosan felépíti egy teljesebb, termékeny, kielégítő jövő képzetét, amikor a probléma lecsökken. Ez fontos lépés egy újonnan konstruált élet irányában, amely a „megoldást” alkotja.²⁵⁸

Amilyen hamar csak lehetséges, feltesznek kivételt kereső kérdéseket is, ezek dekonstruálják a problémát, azokat a pillanatokat kutatva, amikor az nem állott fenn – amikor a kamaszfiú segítőkész volt, a kicsi száraz maradt éjszaka, a vacsora nem végződött családi civakodással. A depresszióról panaszkodónak lehet azt tanácsolni, hogy figyeljen a „jó” napokra, és írja le, amit másként csinált aznap. Később, amikor egy nyomáslő napra számítanak, a terapeuta azt javasolja a kliensnek, hogy tegyen olyasmit, amit a „jó” napokon tesz, hogy megoldást találjanak. Azoknak a klienseknek, akik diffúzan panaszkodnak, az mondható, hogy figyeljék meg és jelezzék vissza a legközelebbi ülésen, ami történik az életükben, amikor azt akarják, hogy folytatódjon.

Az osztályozó kérdések – arra kérik a klienseket, hogy számszerűsítsék adott helyzetről alkotott észleléseit – egy pozitív szemlélet kiépítését előzzák és bátorítanak annak elérésére. Ez a technika, amelyet először a viselkedésterapeuták aknáztak ki, hozzájárul, hogy a terapeuta felbecsülje kliensei nézőpontját és motiválja partnereit a céljaik kiterjesztésére. Gondoljuk át a következő kérdést, amelyet az első ülésen tesznek fel egy kliensnek:⁸⁶

Mennyire bízik abban, hogy be tudja ezt tartani? Mondjuk, legyen 10-es az, hogy teljesen biztos ebben, és egy év múlva visszajön és azt mondja: „Nézzé, betartottam, amit vállaltam”. Rendben? És legyen 1-es az, hogy nem vállalja be. Tehát, mennyire bízik magában, 1 és 10 között?

Ha a terapeuta arra kéri a klienst, hogy kötelezze el magát a változás mellett, és ha egyszer így tesz, nyilvánosan, ragaszkodjon ahhoz, vagy még javítson is az előrejelzésen. A terápia során különféle alkalmakkor használva, az osztályozó kérdések segítenek a pároknak felmérni egymás értékelését az adott eseményről (A női partner a terapeutának: „Gondolom,

14.5. Felteszik a csoda-kérdést¹⁹⁸

A következő interjúrészletben Cheryl, a terapeuta kérdezi Rosie-t, mit találna másnak, ha a következő reggel arra ébredne, hogy csoda történt, a problémái megoldódtak. Rosie abbahagyta a középiskolát, most 23 éves, és terhes. Van már négy gyereke, két kislány (2 és 3 évesek), valamint két, már iskolás fia is. Prostitúltként dolgozva egészítette ki a szociális segélyét, és úgy hitte, éppen terhes maradt egy kuncsafijától, akivel nem védekezve közösült.

Rosie (mosolyogva): Ez könnyű; mondjuk, észrevenném azt a három millióskát, amit a lottón nyertem.

Cheryl: Az egyszerű lenne, nem? Mi mást vennél még észre?

Rosie: Lenne velem egy klassz pasas, akinek sok pénze van és rengeteg türelme a gyerekekhez, és megházasodnánk. Vagy nekem nem lenne annyi gyerekem és befejezném a középiskolát, és lenne egy jó állásom.

Cheryl: Oké, ez valóban úgy hangzik, mint egy nagy csoda. De mit képzelsz, mi lenne az első dolog, ami azt mutatná, hogy ez a nap más, mint a többi, hogy annnyival jobb, hogy valami csodának kellett történnie?

Rosie: Hát, felkelnék reggel, még a gyerekeim előtt, reggelit készítenék nekik és leülnék velük együtt, amíg együtt eszünk.

Cheryl: Ha eldönthetnéd, hogy így teszel – felkelsz előttük és reggelit adsz nekik – mit tennének ők?

Rosie: Azt gondolom, odajönnének és leülnének az asztal körül, ahelyett, hogy mennek és bekapcsolják a tévét.

Cheryl: És mi lesz veled?

Rosie: Boldogabb lennék, mert jó dolgokról beszélgetnék, és nem lenne vita a tévé miatt. És a két kicsi nem kezdene bömbölni, mert felverik a tévé miatt a civakodással.

Cheryl: Mi más történik? Mi más még másként, amikor a csoda történik?

A terapeuta később arról kérdezi Rosie-t, volt-e az előző két hétben olyan idő, amikor mintha csoda történt volna (ez lényegében kivételt kereső kérdés – mikor nem fordult elő a probléma). A nő azt felelte, hogy éppen négy napja a dolgok másként zajlottak. A terapeuta azt próbálta megfigyelni vele, hogy megfelelő készségei vannak, és ha másként kezeli a dolgokat, elkezdődhet a változás.

Rosie: Hát, előző este 10 körül lefeküdtem, és aludtam egy jót. Volt kaja ott-hon, mert lementem a boltba szombaton. Még az ébresztőórát is beállítottam fél hétre, és fel is keltem, amikor csengett. Reggelit csináltam és hívtam a gyerekeket. A fiúk ettek és időben elmentek az iskolába. Az egyiknek még volt egy kevés házi feladata, egész gyorsan megcsinálta, mielőtt elmentek az iskolába.

Cheryl: (lenyűgözve) Rosie, ez úgy hangzik, mintha a csoda nagy része már ott is van. El vagyok bűvölve. Hogyan történt?

III a terapeuta arra bátorítja a kliensét, hogy építsen azokra az időkre, amikor uralni tudta a problémát.

A megoldásközpontú technikában a terapeuta nem tanítja meg a kliensnek, hogy mit tegyen másként, vagy új taktikákat tanít neki, a viselkedésváltozást véghez viteléhez. A terapeuta beavatkozásai legyenek egyszerűek és minimálisak, és a legtöbb esetben hatékonyak az ajtók megnyitásában.

„...ahogyan foglalkoztunk a pénzzel tegnap este, az 7-es volt”. A férfi partner: „Nos, végül is nem fejeztünk be a vitát, de azt gondolom, nagy utat megtettünk a rendezésben, én egy 4-est adok.”) A terapeuta azután ezeket a számokat további motiválásra vagy bátorításra használja: „Meglehetnének még egy kis változást, mondjuk 1 pontnyit?” Vagy talán azt mondja ki, hogy korábban már osztályozták magukat 2-esre és 3-asra, tehát nagyon kivétel történt, ami ezt a javulást hozta? Ezzel azt is közli, hogy a változás folyamatos és elvárt.

A megoldásközpontú terápia a panaszokra alapoz; az interjúk nagy részét két tevékenység körül szerveződnek: egyértelmű célok felállítása és a kivételekre alapozott megoldások fejlesztése.¹⁹⁹ Jellemzően visszacsatolást ajánlanak a családoknak minden megoldásépítő beszélgetés végén, és a kliensek erőfeszítéseit is időszakonként áttekintik. A terápia rendszerint néhány megoldás-beszélgetés típusú ülés után befejeződik, amikor a jelentkező panaszt enyhítik, és a kliens, megerősödve, újrakonstruálja a világszemléletét.

Még a beszélgetés megkezdése előtt a terapeuták megpróbálják felbecsülni a terapeuta–kliens kapcsolat természetét, három csoportba kategorizálva őket: látogatók, panaszkodók és vevők.¹⁹³ A látogatók valaki másnak a javaslatára vagy követelésére jönnek el, nem adnak elő egyértelmű, világos panaszt, nem számítanak változásra, és valójában a terápiába sem szeretnének beleszólítani. A panaszkodó készségesen lefesti boldogtalansága vélt alapjait, de megoldások konstruálásán nem hajlandó dolgozni – talán arra vár, hogy a partnere változzék először. A vevő szintén leírja a panaszait, de felkészült a cselekvésre, azaz megoldás konstruálására.

Miközben a terapeuta kellő respektussal kísérel bevonódni a megoldásközpontú beszélgetésbe mindhárom típusú klienssel, a segítségében aktívabb, ha az például vevő, és nemcsak azért jött el, hogy kibékítsen valakit mást, vagy csak panaszkodik és nincs kész boldogtalan helyzete megváltoztatására. Mindazonáltal, a terapeuta–kliens kapcsolat idővel változhat, amint például egy panaszkodó jól reagál a feltett kérdés-sorra és megoldásokat kereső vevővé válik.

A megoldásközpontú terápiában az aktuális panasz részleteivel való foglalkozás nélkül kezdeményeznek új viselkedési mintákat. Általános formulákat ajánlanak feladatként („Tegyen másként” „Figyeljen arra, amit tesz, amikor legyőzi a kísértést vagy a zabálás vágyát”), amelyben az van benne, hogy a kliens változhat azzal, ha közben felidézi a siker jövőbeni diadalmas pillanatát. A terapeuta nem vitatkozik a túlevő kliensével, aki azon kesereg, hogy soha nem lesz képes kontrollálni magát, hanem egyszerűen arra utasítja, hogy figyeljen a kivételekre – például jegyezze fel, amikor képes visszafogni a falását, így tanítva meg neki, hogy ez durva túlzás.

A Milwaukee-csoport egyirányú tükröt használ, és általában 10 perc körüli konzultációs szünetet tart az ülés vége előtt, amikor a csapat megbeszéli az üzenet formájában nyújtott beavatkozást. Az üzenet első része valószínűleg üdvözlőli azt, amit a kliensek már mint hasznosat tesznek. A folytatása pedig kulcsokat ajánl a lehetséges megoldásokhoz, például viselkedéses házfeladatokat jelöl ki vagy más, megoldáshoz vezető utasításokat.

Miközben Fish²⁵⁸ üdvözlözi ennek a megközelítésnek a „minimalista eleganciáját”, a kritikusok⁸⁸³ arra figyelmeztetnek, hogy a módszer túl szimplifikált, túl rövid, túl sokat bít a terapeuta szuggesztibilitására, ezért alkalmazása nem valószínűsít tartós hatásokat. Mindmáig kevés bizonyíték van – így vagy úgy – a hatékonyságáról. Mások²²² túl formálisnak találják a módszert, és arra kíváncsiak, vajon a kliensek nem azt tanulják meg egyszerűen, hogy a terapeutával maradáshoz meg kell tartaniuk a panaszait maguknak. Arra is vannak adatok, hogy a megoldásközpontú terapeutaik önmaguk korántsem olyan doktrínerek a kognitív beszélgetés vezetésében; időnként engedik, hogy a kliensek érzéseiről és kapcsolati igényeiről is szó essék a kezelés alatt. Különösen Lipchik³⁰¹⁻² hajlik az érzelmi témák beengedésére az ülésekbe, azt hangsúlyozva, hogy a kliens-terapeuta kapcsolat fontossága megelőzi a technikába vetett bizalmat, és a terápiás szövetség kapcsolati vonatkozásainak használatával lehetséges a „beragadás” oldása és sikeres megoldások elérése.

A megoldás-orientált rövid családterápia

A fentebb tárgyalt megközelítés kiterjesztéseként a *megoldás-orientált terápia* azt hangsúlyozza, mennyire fontos nyitva tartani a klienseket a változás lehetőségeire, amikor keresik a saját megoldásaikat. A terápia

rövid, közös vállalkozás, amelybe mind a kliensek, mind a terapeuta szakértelmet hoz. Előbbiek szakértők a saját érzéseikben és észleléseikben, és hozzák a szükséges adatokat, amelyekből a terapeuta összehoz egy működő problémadefiníciót, elhelyezve egy megoldási keretben. Azt, hogy a terápiában mit akarnak elérni, a kliensek döntenek el, nem a terapeuta. Neki gondosan el kell kerülnie, hogy előírja, hogyan él „korrektül” egy család; ő a kollaboratív, megoldás-orientált dialógus megteremtésének a szakértője. Ezt a beszélgetést két fő elv vezérli,⁶¹¹ – az *elismerés* (hogy a klienseket megértik, értékelik, respektálják) és a *lehetőség* (a változás és megoldás kilátásának elevenen tartása).

Az eredeti SFBT-t és annak O'Hanlon által kialakított verzióját⁴¹² (ő maga ezt ma *lehetőség-terápiának* nevezi) az a vonás különbözteti meg, hogy az utóbbi értékeli a kliens érzelmeit (tükrözve Carl Rogers korai hatását O'Hanlon gondolkodására); továbbá itt inkább előkerülnek az aktuális nehézségekre gyakorolt szociális, történeti és nemi szerep-hatások is.

A megoldás-orientált megközelítés terápiás megközelítését O'Hanlon és Weiner-Davis⁶¹⁴ alapvetően három forrásból szűrték le: a Milton Erickson által kifejlesztett elgondolások; de Shazer és munkatársainak korábbi megoldásközpontú rövid terápiaja; és az MRI Rövidterápiás Központban kimunkált stratégiás beavatkozási technikák. Bill O'Hanlon Milton Erickson hallgatója volt, később pedig mentora gondolatainak propagátója. Michele Weiner-Davis de Shazerrel társult a Milwaukee Rövidterápiás Központban. O'Hanlon jelenleg a Possibilities Alapítványnál dolgozik (Santa Fé); több, a megoldás-orientált technikák alkalmazásáról szóló könyv^{142,612-3,414} szerzője. A szociális munkás Weiner-Davis ma Woodstockban praktizál, szintén több könyvet írt, melyek közül különösen figyelemre méltóak a válással foglalkozó munkái.^{847,849} Ő és O'Hanlon is a sokféle valóság postmodern felfogását képviselik a terápiában.

Néhány elméleti feltevés

A megoldás-orientált családterapeuták egyetértenek a konstruktivistákkal abban, hogy nincs a valóságnak egyetlen helyes felfogása – tehát sem a kliensé, sem a terapeutáé nem lehet az egyetlen. Ezért a kliensekre hagyatkoznak, döntsék el ők, milyen célokat akarnak elérni a terápia során. Ezt a taktikát az a feltevés diktálja, hogy a klienseknél ott lappanganak a problémamegoldó készségek és erőforrások, de valahogyan annyira ráfórtak a problémás helyzetre, vagy a „többet ugyanabból” sikertelen megoldására, hogy szem elől tévesztették a megoldás alternatív módjait. (Világosan észrevehetjük ebben az MRI rövid, probléma-fókuszú megkö-

zelítését.) A terapeuta szerepe a kliensek segítése abban, hogy használják ezeket a számításba nem vett, rejtett készségeiket; az emlékeztetésük, ha ezeket korábban már sikerrel használták. Hangsúlyozva a reményt, a bátorítást, a kliens erejét, a lehetőségeket, a megoldásközpontú terapeuták úgy vélik, hogy a siker önbeteljesítő próféciai kellően megtámogatják a klienseket abban, hogy javítsanak az életükön.⁶¹⁴

Selekman⁷²¹ frappánsan összefoglalja azt a hét elméleti feltevést, amelyet a megoldás-orientált terapeuták követnek:

1. *Az ellenállás nem hasznos fogalom.* Egyetértének de Shazerrel, hogy a kliensek akarnak változni és ehhez a terapeutának a családot inkább az együttműködés pozíciójából kell megközelítenie, és nem abban gondolkodva, hogyan kontrollálhatja a segítő szándékkal szembeni ellenállásukat.
2. *A változás elkerülhetetlen.* A terapeutának azt kell hangsúlyoznia, hogy annak bekövetkezése csak idő kérdése, és olyan nyelvezetet használnia, ami aláhúzza a lehetséges megoldásokat.
3. *Csak egy kis változás szükséges.* Minél inkább képesek a kliensek értékelni a minimális változásokat, annál inkább elvárják és keresik a még nagyobbakat.
4. *A klienseknek megvan az erejük és más belső forrásuk a változáshoz.* A terapeuta jobb eredményre jut, ha támogatja ezeket az erőket, mint ha a problémákat vagy a patológiát emeli ki.
5. *A problémák sikertelen kísérletek a nehézségek megoldására, azokat a család ismétlődő, hibás kísérletei tartják fenn.* A „többet ugyanabból” fele megoldásokba való „beragadás” oldásához a családoknak segítségre van szükségük.
6. *Nem szükséges ismerni a megoldandó nehézség minden részletét.* A terapeuta a kivételeket – vagyis amikor a probléma nem jelentkezik – használhatja fel, ezekből lehetséges a családdal együtt megkonstruálni a megoldásokat, anélkül, hogy pontosan meghatároznánk, miért éppen az adott probléma bukkant fel a felszínre.
7. *Többszörös perspektíva.* A valóság szemléletének nincs „végső” vagy „helyes” módja, ennél fogva egy helyzetet sokféleképpen lehet tekinteni és a megoldásra is több mint egy lehetőség van.

* Egy gyakran mesélt történet Milton Ericksonról arra az általa említett esetre utal, amikor egy réten egy lovat talált, lovas nélkül. Nem tudta, kinek a lova lehet, de abban bízva, hogy a ló ismeri a haza vezető utat, eldöntötte, hogy neki csak annyit kell tennie, hogy követi a lovat és a nyomában maradva, a rejtély megoldódik. Így is teti, és követi egy farmig. A terapeuta munkája valamiképpen hasonló: a kliensek használják az erőforrásaikat, és csak a nyomukban kell maradni. És fordítva: ha a terapeuta képes ezt a stratégiát követni, azzal azt üzeni a klienseinek, hogy elég jártasak a saját útjuk megtalálásában.^{721b}

A szociális munkás Selekman, aki különösen sokat foglalkozik agresszív, erőszakos gyerekekkel és serdülőkkel, nemrégiben egy könyvet szentelt nekik a helyzeteknek a becslésére és kollaboratív kezelésére.⁷²² Hudson és O'Hanlon⁴¹⁴ a rövid párterápiás technikáját konfliktusos kapcsolatokban a „love story újrairásaként” illusztrálja. Az egymással küszködő párok olyan történeteket alakítanak ki egymásról, amelyek megmérgezik a kapcsolatot („Éppen hogy te akarsz ellenőrizni engem!” „Pontosan olyan vagy, mint az apád”, „Többet törődsz a gyerekekkel, mint velem”). Ügyködik magukat, hogy a ő nézetük fejezi ki az „igazságot”, folyton azon vitatkoznak, ki látja inkább a valóságot. Jellemzően azt várják a terapeutától, hogy az majd eldönti, kinek van igaza és ki téved.

Anélkül, hogy a pár problémáira magyarázatként a saját történeteikkel redukálnák elő, Hudson és O'Hanlon a viselkedésükről olyan új értelmezéseket konstruálnak (velük együtt), amely új lehetőségeket nyit előtük. Úgy vélik, hogy a pár rossz helyen keresi (a partnerük zaklatott viselkedésében) a szeretet és megértés elvesztett kulcsát. Ehelyett a megoldás-orientált terapeuta a hibázatás elhagyása érdekében ügyködik, a destruktív történeteket cselekvésre mozgósító nyelvezettel helyettesítve, és megkérve a párt, hogy a jövőben tegyen valami újat vagy másként. A múlton ragódás helyett olyan konkrét akciókra összpontosítva, amelyeket mindketten várnak a jövőben, a változás reményét kelti. „Akkor kapja rajta a párját, amikor valami jót tesz” – ez is egy hasznos, a kivételt kereső terápiás fordítást az új megoldásokhoz vezető perspektívák szolgálatában. A technika mind a megoldásközpontú, mind az MRI probléma-fókuszú módszerét magában foglalja.

A kollaboratív nyelvi rendszer megközelítés

Ezt újabban egyszerűen *kollaboratív módszernek* nevezik, és szintén egy népszerű, a posztmodern filozófián és a nyelv és kommunikáció hangsúlyán alapuló szociális konstruktivista terápiás modell. Gyökerei a MRI-ben megfogant elméletekig nyúlnak vissza, lényegében két pszichológus, Harlene Anderson és a már elhunyt Harry Goolishian nézeteit tükrözik. Ennek a kollaboratív, beszélgetős párterápiának az elméleti alapjait Anderson kimerítően taglalta.^{36,37,39} Lényege, hogy a jelentést a dialógusokban (másokkal és magunkkal) alkotjuk meg és éljük át. Anderson szerint:³⁷

Az alapfeltevés az, hogy a dialógussal szociálisan konstruált megértés valóságában az emberi cselekvés szerepel, és hogy az életünket a közösen alkotott narratív realitásokon keresztül éljük és értjük meg; azaz, jelentést és szerkezetet adunk a tapasztalatainknak és ennek során az önazonosságunknak. (324)

Ennek a felfogásnak a szószólói szemében az emberi rendszerek lényegében nyelv- és jelentés-generáló rendszerek. Ez alól nem kivétel a terápiás keret sem; terapeuta és kliens a probléma megvitatásával együtt hozza létre a jelentést.³⁵ Így a nyelv-fókuszú terapeuta nem ajánl egy speciális beavatkozási készletet és nem tartja magát tárgyilagos szakértőnek család-ügyben (sem). Éppen ellenkezőleg, konkrétan kevésre tartja a technikát és a terapeutai kontrollt, és nem hirdet elkülönült objektivitást.

Ehelyett egy konstruktivista keretet fogad el, olyan teoretikusok nyomán, mint Kenneth Gergen.³⁶ A családtagokkal együttműködve, közösen empátikus beszélgetéseket tartanak, amelyekből új jelentések, új szemléletek jönnek létre, és a probléma sokféle szétosztása. Míg az előbb tárgyalt megoldásközpontú terápia különféle beavatkozásokat javasol (csoda-kérdés, kivételt kereső kérdés stb.), ez a modell inkább a hozzáállást vizsgálja, mint a technikát vagy a klinikai módszertant. A hozzáállás a családtagokkal egyenlőségre törekvő, célirányos beszélgetésben tükröződik, amelynek során együtt tárják fel a problémáikat és keresik a megértést és az új választásokat. Bármilyen újdonságot találnak, az a beszélgetés együttes eredménye.³⁷

Ezen irányzat hívei számára a terápiás eljárás lényege a dialógus, amelyben egy kliens és egy terapeuta a beszélgető partnerek, akik együtt vonódnak be egy közös vizsgálódásba, ami eltér minden más beszélgetéstől és kapcsolattól. Ebben a kliens a szakértő a saját életét illetően, a terapeuta szaktudása és felelőssége pedig a beszélgetés mint folyamat serkentésére terjed ki, amelyből a változási lehetőségek sarjadnak. A beszélgetés a konkrét családra szabott, és nincsen egy előre megtervezett metodológiája; egy aktív, megbecsülő és felelős odafigyelés, belemerülve a kliens aggodalmaiba, beszédes kérdéseket feltéve. Minden arra irányul, hogy a kliens története, és ami formálja azt, minél teljesebben kibontakozzon. A terapeuta megoszthatja velük a véleményét vagy feltételez

³⁵ Anderson³⁵ a „problémát” jellemzően idézőjelben használja, ezzel is hangsúlyozva, hogy szerinte olyan, hogy „ez a probléma”, nincs. Inkább éppen annyi leírása és magyarázata létezik, ahány tagja van a rendszernek. Hasonlóképpen, nem hiszi azt, hogy a „problémák” megoldhatók, hanem inkább feloldódnak.

véslatait, de nem azzal törődik, hogy a prezentált történetüket beleszorítsa a prekonceptióiba, hanem mindig többet akar megismerni a kliense szempontjaiból.³⁸ Együtt vonódnak bele az új vagy más jelentések, hozzáállások, narratívák és viselkedés keresésébe. Mindketten készek változtatni ennek a közös tapasztalatnak az eredményeként.

Goolishian, aki a családterápia úttörői közé számít, miután az 1960-as években részt vett egy kollaboratív rövidterápiás forma (Multiple Impact Therapy) kifejlesztésében, az 1970-es években stratégiás szemléletűvé vált. Később, a milánói iskolára, kezdte megkérdőjelezni a korai kibernetikai elmélet alkalmazhatóságát az emberi rendszerekre. A '80-as évtizedben és a '90-es elején szemlélete kibővült a szociális konstruktivizmussal és a posztmodern gondolkodással, az ezek összefüggéséből kialakult álláspontját „nyelvi rendszerek” névvel illette. Vagyis Goolishian fenntartotta, hogy a problémák nem szilárd, rögzült entitások, hanem inkább a nyelven keresztül kreáltak, és ha ilyenek, érvel, akkor a nyelv révén bonthatók le.

Munkatársával, H. Andersonnal együtt, a terápiát mint a problémákat beszélgetésben, nyelviileg „feloldó” folyamatként kezdte tekinteni, olyan történetek együttes létrehozásával, amelyek a kliensek számára éppúgy új lehetőségeket nyitnak, mint a szakértők gondolkodásában is. 1977-ben megalapította a Galveston Family Institute-t, amely ma nemzetközileg is elismert családterápiás képző központ (az alapító 1991-ben bekövetkezett halála óta Houston-Galveston Family Institute), Harlene Anderson irányja alatt. Az intézet elsődleges irányultsága a „nyelvi rendszerek megközelítés” – ez jellegében kollaboratív, elveti a terapeuta-kliens hierarchiát és nagyrészt a szociális konstruktivizmus filozófiáján alapul.

Különös lépés a posztmodern gondolkodás családterápiás bevezetésében Anderson 1997-es írása,³⁶ a *Conversation, Language, and Possibilities*. Ő maga is igen tevékeny, világszerte szervez műhelyeket kollaboratív, nyelv-központú elköteleződésről. Goolishianéhoz hasonló utat járt be Lynn Hoffman⁴⁰³⁻⁴ gondolkodás, eleinte stratégiás terapeutaként (Haley mellett) dolgozott, majd a milánói központra tért át (akkoriban az Ackerman Intézetnél volt), végül pedig elfogadta a Goolishian-Anderson féle kollaboratív, probléma-feloldó beszélgetős szemléletet.

A lingvisztikus filozófia

Mint Hoffman⁴⁰³ megfogalmazza, a problémák történetek, amelyeket az emberek elmondanak egymásnak. Ez egyezik azzal a posztmodern nézettel, miszerint a személyes hibák és nyomorúságok stb. az embereket terápiahoz hozó különféle elszámolásai nem annyira az igazsághoz közelítenek, hanem a narratív metaforák és hasonlók által létrejött élet-konstruk-

ciók.³⁹ Egy adott személy igényeinek az érvényességi foka kevésbé fontos, mint az, hogy mennyire hasznosak szociálisan ezek a történetek az illető életének magyarázatában. A terápia tehát rekonstrukció, mentesíti a klienst egy fontos ön-elszámolástól, hogy megnyissa az utat az alternatívák előtt, új nyelvi tereket, azaz új választási lehetőségeket ajánlva.

Boscolo és Cecchin elképzeléseire építve (a probléma kreálja a jelentések rendszerét) Anderson és Goolishian arra a szövegre vagy jelentésszerre összpontosítanak, amely szerint a család szervezi magát egy probléma körül. Az ő gondolkodásmódjukban is a probléma határozza meg a rendszert (mely családtagok vannak érintve), és nem a rendszer a problémát (mint a hagyományosabb családterápia felfogásában). Szándékosan elkerülve a szakértő beavatkozó, változásközpontú, az eredményt megtervező, modernista álláspontját, a terapeuták ebben a posztmodern kollaboratív megközelítésben „tanítványnak” tekintik magukat (tehát a kliens a „tudója” a dolgoknak), és a terápiát ebből a „nem tudom” helyzetből vezetik.

Ez nem azt jelenti, hogy a terapeuta híján van a szakértelemnek vagy a jártasságnak, hanem inkább egyféle, a klienst megbecsülő ráfigyelést, amely szinkronban a kibontakozó történettel, megpróbálja nem elkezdni azt a menetet, hogy minek kellene vagy nem kellene változnia.⁴⁰ Ideális esetben a család és a terapeuta együtt hozza létre az új történetet – vagyis a korábbiól eltérő megértést vagy cselekvésre vonatkozó gondolatokat. Mint megfogalmazták,⁴⁰ „a terápia ilyenkor a beszélgetés fejlődő minőségei szerint formálódik”.

Ez a kollaboratív megközelítés, azt tartva, hogy az emberek a kapcsolataikban léteznek, és hogy a nyelv segít formálni és megtagyálni az értekeinket, választásainkat és a viselkedésünket, arra ösztönzi a terapeutákat, hogy engedjék bele magukat a „terápiás beszélgetésbe” a családtagokkal, együtt keressék a megértést és a jelentést; amely új választások és új felismerési lehetőségek megfontolásához vezet. Anderson és Goolishian⁴¹ így írta le ezt a szemléletet:

A terápiát nyelvi eseménynek tartjuk, ami terápiás beszélgetés keretében zajlik. Ez (az elképzelések kétirányú, ide-oda röppenő menetét feltételező) dialógus egy olyan kölcsönös keresést-kutatást foglal magában, melyben folyamatosan új jelentések fejlődnek, haladva a a problémák feloldása felé; és ennél fogva magát a terápiás rendszert és a az úgynevezett probléma-szervező és probléma-megoldó rendszert is fel-

14.6. Terápiás találkozás Hermeneutika és kollaboratív terápia

A hermeneutika mint tudomány (a görög „értelmezés” kifejezésből) a biblia-kutatásból jön: „a tudás megközelítése”. Olyan folyamatot jelez, amelyet az értelmező hiedelmei és felvetései befolyásolnak. Kapcsolati fogalmakkal senki sem tud teljesen megérteni egy eseményt vagy közlést, viszonyt, mivel minden kísérletet a megértésre befolyásolja az, amit az értelmező hozzáad a helyzethez (általában a saját egyedi világlátását). Mindegyikünk a másik igazságának egy verzióját láthatja csak.

A megértés tehát a kapcsolat résztvevőinek folyamatos, nyílt, a másik valóságát megérteni próbáló párbeszédére hív fel. Ebben az előre-hátra hullámzó aktivitásban a leglényegesebb az együttműködés, és nincs a kliens tünetinek vagy prezentált problémájának egyetlen helyes értelmezése. A bizonytalanságnak ebben a világában a folyamatot magát értő terapeuta nem nagyobb szakértő, mint a kliens. Saját életének ténylegesen a kliens a szakértője. A terápiás ülésnek tehát szükségszerűen egyenlőségre törekvőnek kell lennie, és a terapeutának félre kell tennie korábbi feltevéseit, próbálva nyitottnak maradni bármilyen felmerülő új jelentés előtt.

A nyelv megengedi nekünk, hogy értelem adjunk annak, amit átélünk, segít a történeteink szervezésében és jelentések hozzárendelésében. De nem tűrni azt – helyett csak azt a jelentést fedi fel, amit a beszélő az eseménynek tulajdonít. Mint Anderson³⁷ megfigyelte, az eseményeknek, az átélteknek és a környezetünk személyeinek tulajdonított valóság nem létezik önmagában, hanem csak egy szociálisan megkonstruált attribútum, egy adott kultúrán belül, és a nyelv által alakítva és visszaalakítva.

oldva. A változást az új jelentés fejlődése képezi, a terápiás beszélgetésben és párbeszédben létrehozott történetek és narratívák segítségével. (161)

A kollaboratív megközelítés abban az elképzelésben gyökerezik, hogy egész tudásunk a szociális dialógusból származó invenciókon alapul. Anderson³⁸ szerint a nyelv és beszélgetés segít egymással jelentést létrehozni. Hasonlóan, a terápiában minden résztvevő a „probléma” körül összeállt nyelvi rendszerbe vonódik be – „valami vagy valaki, ami valaki önmást aggodásra készít és aki emiatt változást akar”. A rendszert azok alkotják, akik hajlandók a problémáról „beszélgetni”, és bevonhatja még a meghívó szervezetek stb. tagjait. A tagság a terápiás rendszerben képlékeny, állástól üléstől alapon dől el és úgy változhat, ahogyan a beszélgetés változik és új egységek kerülnek a fókuszába.³⁹

Ebből a nyelvészeti perspektívából a családterápia beszélgetést jelent, gyakran percnyi részletességű párbeszédet, amelyben a résztvevők együtt

tárlják fel a problémát és együtt alakítanak ki új perspektívákat; mindez új narratívákhoz, új jelentésekhez, a valóság új meglátásaihoz vezet, és azt célozza, hogy a probléma feloldódott (inkább mint megoldják). A nyelvi-leg kreált probléma ugyanezen az úton oldódik fel (szűnik meg, mint probléma), mivel a gondot okozó gondolatok vagy érzelmek jelentése megváltozik. A módosult megértésként megjelenő nagyobb személyes kapacitás ahhoz vezet, hogy a korábban problémaként megélt zavaró dolgot a család többé már nem tekinti annak. Így a változás, akár a megértésben, akár aktív viselkedésben, természetesen következik a „terápiás beszélgetésből”, mint új, a problémát feloldó megoldás. A terápiás célt akkor érik el, amikor a beszélgetésnek már nem része a hozott panasz.⁴⁰⁴

A visszajelző csoport

Az utolsóként tárgyalandó posztmodern, szintén a többszörös valóság konstruktivista felfogását mutató megközelítést Tom Andersen^{29,31} jegyzi. Ő szintén erősen hangsúlyozza, hogy a terápia beszélgetős és kollaboratív vállalkozás. Ebben az egyszerű, de nagyon eredeti technikában a hagyományos egyirányú tükröt „kétirányúval” váltották fel, vagyis az ülés folyamán lehetőség van arra, hogy helyet cserélve, a család megfigyelhesse a hozott témáinak egy másféle perspektíváját, amikor azokat a terápiás csapat megtárgyalja. A terápiás eljárásnak ez a kinyitása a hivatásosok és a család között lecsökkenti a szakértő–kliens barriert, demokratizálja a vállalkozást, fokozza a bizalmat és megengedi a klienseknek, hogy egy közös munka résztvevőinek érezzék magukat.

A pszichiáter Tom Andersen, eredetileg a milánói módszerrel dolgozva, elutasította a távolítónak érzett terapeuta–kliens hierarchikus rendszert, és különösen a „terapeuta–szakértő” álláspontot. Ehelyett a játéktér kiegyenlítését javasolta – tehát míg addig a csapat figyelte az ülést, azután egymás közt megbeszélést tartottak, a továbbiakban behívták a családot is, akik közvetlen tanúi voltak a szakértői megbeszélésnek. Az ülés adott pontján a csapat és a család egyszerűen helyet cserélt (technikailag ez mozgás nélkül is megoldható volt, a világítás váltását: a családnál le-, a tükrözött másik oldalon felkapcsolták azt). Így a család látta és hallotta a terapeuták felvetődő, nem hibáztató javaslatait, kérdéseit stb. Ezután az ülés folytatódott, és a család reflektált arra, amit leszűrt a fordított helyzetből.

Az egymásra hallgatás folyamata

Míg a korábbi milánói interjú azt követelte a terapeutától, hogy a családi ülést időközönként állítsa meg és konzultáljon a tükrözött megfigyelők-

kel. Andersen úgy terjesztette ki ezt, hogy lebontotta a határt és megnyitotta a lehetőséget a család és a terapeuta-csapat közötti párbeszédre. A családra vonatkozó feltevések nyílt megosztása velük demisztifikálja a terápiát. A terapeuták gondolkodásának nyíltá tétele egy közös „nyilvános nyelv” használatához vezet, a szakértők korábbi, rejtett, ilyen helyzetekben használatos „privát nyelve” helyett.³⁰ Az eredmény gyakran a nagyobb közös megértés a résztvevők között, amelyből új beszélgetések és új perspektívák nyílnak. Az adott nehézség egy másféle perspektívájának a felfedezésével a kliensek, ha úgy döntenek, új jelentést nyerhetnek arról, ami zavarja őket; ebből az új jelentésből azután jöhetnek új tettek és egy új valóság megteremtése.

A terápia demokratizálása

Összhangban a szociális konstruktivista gondolkodással, ez a megközelítés nagyobb egyenlőségre törekszik, kevesebb szubjektív–objektív dichotómiára a terapeuta és család között, és így kevésbé hierarchikus, mint a legtöbb terápia. Andersen³² a következő megfigyelést teszi a visszajelző csoport használata alapján:

Amikor végül is elkezdjük használni ezt a módszert, meglepődünk azon, milyen könnyű volt úgy fogalmazni, hogy ne használjunk komisz vagy nekik fájó szavakat. Később nyilvánvaló lett, hogy a beszéd a kontextustól függ, amiben vagyunk. Ha úgy döntünk, hogy nélkülük beszélünk róluk, könnyen csúszunk „szakzsargonba”, elkülönítve magunkat tőlük. Ha viszont a jelenlétükben beszélünk róluk, természetesen egy barátságos, hétköznapi nyelvet használunk. (16)

A visszajelző csoport eredeti alkalmazása szerint az ülés folyamán egy vagy több alkalommal, különösen holtpontra esetében a terapeuta kommentárt kér a tükrözött ülő megfigyelőktől. A megvilágítást és a hangosítást átkapcsolva, a család és a terapeuta lesznek a megfigyelők, miközben a szakértők az éppen megfigyelt családi beszélgetésről beszélgetnek. Anélkül, hogy lenne a családról vagy a tervezett terápiás stratégiáról valamilyen előzetes tudásuk, és tehermentesen magyarázó hipotéziseiktől, a megfigyelők spontán reagálhatnak arra, amit a tükrözött ülésből látnak. Ezeket a meglátásaikat jellemzően feltételes megfogalmazásban teszik, kerülve minden pejoratív véleményt vagy kijelentést, különösen pedig az olyan instrukciókat, hogy miről kellene a családnak beszélnie. Minthogy a megfigyelők befejezték a visszajelzést, a családtagoknak van lehet-

tőségük a visszajelzést egymás között megbeszélni. Ez a billegés a belső és a külső párbeszéd között két különböző perspektívát ajánl ugyanazokra az eseményekre és egy új szemlélet és megértés keresésére serkent. Egy ilyen elrendezésben a család azt éli át, hogy figyelnek rá, nem kritizálják és fontos a folyamatban.

A nyelv, mint hangsúlyoztuk, kulcsszerepet játszik egy, a valóságainkat rögzítő szókészlet és a tapasztalataink megértésére konstruált történetek nyújtásában. Andersent²⁹ inkább az érdekli, hogy meghallgassa az embereket, mint a saját következtetéseit arról, hogy mit gondolnak. A visszajelző csoportot egy jövőutazáshoz hasonlította. Sok út lehetséges; ezek közül jó néhány zsákutcába vezet. Mire számított a család, amikor egy adott utat választott? Lehetséges lenne most másik út? Megfontolták azokat? Hogyan tudják megbeszélni önmagukkal, hogy milyen utakat választottak a múltban és mi lenne a jövőben a legjobb? Az egaliter, kollaboratív, és a hasznosnak ítélték között szabadon válogató visszajelző csoport a családtagokat egy új dialógus kifejlesztésére stimulálja, amelyből új észlelések kerülnek felszínre, új jelentésekhez és végül új megoldásokhoz vezetve.

Igazi posztmodern módon, a különféle megközelítéssel dolgozó terapeuták a visszajelző csoport használatának eltérő módjait ajánlják.⁴⁰⁴ A narratív terapeuták (lásd a következő fejezetben) a családhoz kapcsolódás különösen jó lehetőségét látták a visszajelző csoportban, amely támogatja új narratívák kifejlesztését önmagukról és serkenti a probléma-telített leírások dekonstrukcióját.⁷⁷⁴ A terápiás ülések megfigyelésével és meghallgatásával és figyelve a domináns narratívához nem illő eseményeket, a megfigyelő csapat tagjai egyedülálló pozícióban vannak a kimenetek feljegyzésében. Miközben a csapat tagjai valamennyi családtagot megszólítják, mindenféle értékelő állítás nélkül, egy olyan őszinte beszélgetést folytatnak, amelyben mindenkinek alkalma van személyesen kommentálni, amit megfigyelt („Észrevettem, hogy Sam azt mondta...”). A csapat tagjai mint egyének beszélnek, és nem tudományos szakértőként, úgyhogy a „fülélő” család illeszteni tudja az elképzeléseiket a saját tapasztalataihoz.

ÖSSZEFOGLALÁS

A posztmodern forradalom a családterápiában kétsége vonja a rendszerszemléletű gondolkodást, különösen annak elsőrendű kibernetikai típusát. A posztmodern szemlélet szerint nincs objektíven megismerhető világ – az, amit valóságnak tekintünk, szociálisan konstruált; az emberek együtt konstruálják a valóságaikat, ahogyan megélik ezeket. Az ezt a nézetet valló terapeuták értékelik a sokféleséget, és azt állítják, hogy minden véleményben elkerülhetetlenül benne van a véleményt adó. Az etnikum, a kultúra, a társadalmi nem, a szexuális irányultság, a családi szerveződés típusa és így tovább, mind figyelembe veendő, amikor egy család működési szintjét meghatározzuk.

A posztmodern forradalom által befolyásolt terápiás irányzatokban mind a konstruktivizmus, mind a szociális konstruktivizmus paradigmája kiemelkedően körvonalazódik. Az előbbi, neurobiológiai gyökerű paradigma az emberi észlelés korlátait hangsúlyozza, míg az utóbbi szerint, ami valóságnak tartunk, azt a nyelv közvetíti és szociálisan és kulturálisan meghatározott.

A szociális konstruktivista terapeuták arra a jelentésre vagy a premisszára és feltevésekre közös készletre figyelnek, amelyet a család tart a problémáról. Visszautasítják a szokásos terapeuta-kliens hierarchiát, a családot kollaboratív módon vonják be, anélkül, hogy kutatnák az „igazságot”, az „objektív” valót vagy a „belátást”. A klienseiket arra biztatják, hogy vizsgálják meg a történeteket, amelyek közepette élnek, és a terapeutával együtt keressenek új, feljogosító látásmódokat és problémáik megoldását.

15. fejezet

Szociális konstruktivista modellek II.
A narratív terápia

Napjaink családterápiás gondolkodásának és gyakorlatának előterében a narratív metafora áll – az az elképzelés, hogy az ember valóságérzékelését a magáról és ismert világáról összeszedett tudást tartalmazó történetek szervezik és tartják fenn. Ezek a történetek úgy kerülnek felszínre, hogy az emberek értelmezik, magyarázzák az életüket, a konkrét életeseményeket sorrendbe állítják – ez ad értelmet konkrét életük hogyanjának és miértjének. Az események folytonos egybeszövése egy koherens egészzé számtalan, változatos történetet formál önmagukról, képességeikről, alkalmasságukról, cselekvéseikről, kapcsolataikról, teljesítményeikről, kudarcikról.⁵⁸⁹ Ezen történetek némelyike nemcsak dominánsan magyarázza aktuális tetteiket, hanem kihat jövőbeni életükre is.

A történetek tehát formálják a tapasztalatainkat; a megélt történeteink így együtt már nem is csak szólnak az életünkről, hanem maga az életünk.²⁷⁵ Sok családterapeutaát lenyűgözött a változásnak ez az erőteljes, eredeti és optimista megközelítése, illetve az, ahogyan az emberek szervezik, értelmezik és jelentéssel ruházzák fel a tapasztalataikat; és gondolkodásukban a rendszerek régi metaforáját (visszacsatolások, kölcsönhatások, viselkedésminták stb.) a nyelv, a történetek metaforái váltották fel. A narratív terapeuták szerint a klienseknek az segít, ha megszabadítják magukat a destruktív, korlátozó vagy bajokkal telített történeteiktől és olyan alternatív történeteket konstruálnak, amelyek új választásokat és lehetőségeket ajánlanak a jövőre.

A narratív terapeuták szerint a családok gyakran konstruálnak az életükről negatív, zsákutcs narratívákat (mitoszokat, mentségeket, címkeket, alkalmatlan, vesztes érzéseik megokolásait, változásuk elmaradásának igazolásait stb.). Ahhoz, hogy valóban változzanak, másféle történetekhez kell eljutniuk; meg kell tanulniuk egy másféle értékelést, élettapasztalatukból másféle jelentések levonását – annyira, hogy ezek uralják az önmagukról és a világról alkotott nézeteiket. Végül, ennek a világ-

15.1. Klinikai felfegyverzés

Egy domináns történet: „Én jó diák vagyok”

Tegyük fel, a tisztelt olvasó úgy érzi, hogy ő jó diák. Visszatekint iskolai eredményeire, emlékszik az óvónő dicséretére, amikor rendet csinált a játékpolicen, és amikor a tanítónője az ötödikben elmondta neki, milyen büszke arra az eredeti feladatmegoldására és így tovább. Fel tudja idézni, hogy a középiskolai angol tanárja vette a fáradságot és odament a szüleihez, hogy megdicsérje a szorgalmáért, az időben elkészített szép dolgozataiért. Felidézi, hogyan újságolták boldogan a szülei az iskolai jegyeit, és az anyja még egy kitüntetési matricát is ráretett az autójukra, ami mindenkiel tudatta, hogy a fia kitüntetéssel végzett a helyi középiskolában.

Más szóval, a tisztelt olvasó eseményeket választott ki és rakott össze a múltból, némelyiket talán kicsit el is túlozva, amelyek egy domináns történeté formálódtak róla – és ez a történet föléje emelkedik az iskolai pályafutása más történeteinek. Ez a tartalom gazdagodik, hízik, ahogyan Ön újabb példákat tesz hozzá: egyszer megnyerte a helyesírási versenyt is, meg gölt dobott egy emlékezetes meccsen, meg a jó eredményei folytán egy esemő főiskolára is mehetett volna.

A későbbi barátoknak mesélve, és kihangsúlyozva ezeket az iskolai sikereket, valahogy mindig elmulasztja megemlíteni, hogy a kémia nem ment igazán, és még mindig nehézséget okoz nem túllépni a banki hitelkeretet. Ezek a dolgok a domináns történet, a valamikori iskolai sikerek fényében jelentéktelenek. Amikor jön egy új kihívás, a munkában vagy a magánéletben, természetesen meg van győződve arról, hogy sikerrel teljesíti, hiszen végül is Ön jó diák volt, egy mindenben kompetens ember. Ha bárki kételkedik ebben, azt mondja nekik: „Kérdezzétek meg az anyámat.”

A két évvel fiatalabb testvére viszont egy egészen más történetet él meg. Ő így emlékszik, a korai iskolai évei tele voltak kudarccal, kellemtelenséggel. Az ő eszébe az jut, hogy a tanárai, Őnre emlékezve, az összehasonlításukkor mennyire csalódottnak látszódtak. Ha a öccse magára gondol, a lassúságára és a rendetlenségére emlékszik; ritkán tapasztalt iskolai sikert. A második osztályban azután kiderült, hogy diszlexiás, és az olvasással azóta is baja van. Amikor felidézi magát kisgyermekként, az jön be, mennyit küszködött a I ego-figurák összerakásával – a büszkeség helyett, mivel úgy rakta össze, hogy nem tudta elolvasni a hozzá tartozó instrukciókat. Ugyanazt teszi a hobbiját illetően is; mindenki szerint egész ügyesen barkácsol, ő viszont elégedetlen az eredményével.

Amikor leérettségizett, utált munkakért kuncsorogni, és különösen kitölteni a felvételi űrlapokat. Egyáltalán nem bízott magában. Végül több hónap múlán elhelyezkedett egy sportklubnál, ahol a fő munkája a törülközők és más egyéb kiosztása volt a klubtagoknak. Amikor a főnök szóba hozta, hogy ennél többre is képes lenne, és előléptetést ajánlott fel (írásztali munkát a fel-

vételi irodán, ahol az érdeklődőket kellett volna rábeszélnie a klubba belépésre), az Ön testvére feszültté vált, és nem érezve elég önbizalmat, hogy a vonakodását elmagyarázza, inkább kilépett. Az ő domináns története az alkalmatlanság.

szemléletnek az alapján új történeteket kell alkotniuk és befogadniuk, új hipotéziseket készíteniük, kinyitni magukat a jövő új lehetőségei előtt; röviden, újra kell fogniuk a jövőről szóló történeteik szálait, és segítségükkel aktívan megváltoztatni vagy újraformálni az életüket.

A narratív terapeuta feladata, általában, a kapcsolódás a családhoz, hogy velük együtt az életük vitelének jutalmazóbb lehetőségeit, alternatívát tárja fel. A terápia lényegében beszélgetések sorozat a megbecsülés és nem-hibáztatás klímájában; ebben a helyzetben a kliensek a saját életük szakértői és feltételezett birtokosai az önmagukról szóló pozitívabb történetek konstruálásához szükséges készségnek és alkalmasságnak. Új szemléletük azután a tapasztalataik új jelentéseihez vezet, és végül, ha a folyamat sikeres, a viselkedés új módozataihoz.

Az élet sok történetből áll össze; a bennük foglalt események rendszerint egyszerre több-, sőt sokértelműek – ugyanarról az eseményről tehát többféle jelentés rajzolódhat ki. Az, amit egy új eseményről megjegyezzünk, jellemzően egy korábban megalapozódott domináns történethez illeszkedik. Az esemény addig elfogadott értelmezésének lebontásával, megváltoztatásával – azaz, dekonstrukciójával – felválthatjuk a korábbi, negatív felfogást arról („A főnököm engem jelölt ki a feladatra, nyilvánvalóan bízik bennem”, a „Bztosan senki mást nem talált, és az utolsó pillanatban rám szólt” helyett). Amint ez az új értelmezés kiváltságot nyer a másfélek fölött („Tudom, hogy képes vagyok erre a feladatra”), egy idő után a kliens elkezdheti ennek az új önbizalomnak az összekapcsolását más helyzetekkel („Pályázni fogok egy jobb állásra”). Az új, domináns történet ezzel kezdti átformálni az illető szemléletét, hozzáállását és jövőbeni viselkedését.

POSZT-STRUKTURALIZMUS ÉS DEKONSTRUKTIVIZMUS

Ha az előbbi fejezetben tárgyalt modelleket a posztmodern mozgalmából származtatjuk, művelési vezérfonalukként a szociális konstruktivizmus, akkor a narratív terapiát bizvást jellemezhetjük a poszt-strukturalizmusból és a dekonstruktivizmusból eredőnek.⁴⁰⁴ A poszt-strukturalis

gondolkodás elveti, hogy a jelenségeknek lenne egy mélyebb struktúrája, és hogy a jelenségek komplexitása részeire bontható.*

A kognitív pszichológus Jerome Bruner,¹³⁹ a kultúrantrópológus Barbara Meyerhoff⁵⁶⁰ és a francia szociálfilozófus Michel Foucault²⁶⁵ poszt-strukturalis elképzeléseitől vezetve, a narratív terapeuták, mint Michael White,⁸⁶⁶ megkérdőjelezik a statikus „felszín és mélyrétegek” kettősséget. Úgy érvelnek, hogy a mögöttes vonások (vagy szükségletek, személyiségjellemzők) keresése mesterségesen szegényes leírásokhoz (például a belső állapotok felszínes, a lényegét nélkülöző osztályozása, mint normális/abnormális vagy funkcionális/diszfunkcionális) vezet, pedig ehelyett a gazdag, soktörténetű leírásokat kellene keresnünk. Túl a kliensek megítésén, hogy újrakomponálják alternatív történeteiket, a narratív terapeuták keresik a módját, hogyan erősíthetnék, növelhetnék, terebélyesíthetnék a kliens leírásait az életéről és kapcsolatairól.

Szegényes és gazdag leírások

A narratív terapeuták gyakran már a terápia kezdetétől azt hallják, hogy a kliensek önmagukról olyan, gondokkal zsúfolt *szegényes leírások* – antropológiai fogalom²⁹² – alapuló történeteket mesélnek, amelyeket gyakran a tekintélyszemélyek (tanárok, szülők, papok) aggattak rájuk, és amit az öndefiniálásuk mint megalapozott, elnyomóító „igazságokat” rögzít. A felszínes, szegényes leírásokat jellemzően a mások életét vizsgáló szakemberek gyártják, hatalmi vagy a befolyásos külső megfigyelő pozíciójából, és a vizsgáltak felől ritkán van visszajelzésük.⁸⁶⁷ Ebből következően általában elmulasztják, hogy foglalkozzanak a főszereplő életének bonyolultságával és az általa adott személyes jelentéssel. Az eredményként kapott szegényes leírás valószínűleg szegényes következtetésekhez vezet (a személy címkézéséhez: rossz, kapzsi, önző, lusta), amelyek felkínálnak és elerőtlenítik az érintettet. A helyzetet tovább rontja, hogy az így megcímkézett egyének gyakran elkezdik igaznak, valósnak elfogadni ezeket a külső minősítéseket („Igen, lusta vagyok”), megváltoztathatatlant.

* Elméletétől: a strukturalisták szemében a viselkedés egyszerűen az egyénben elrejtett mélyebb elemek felszíni megnyilvánulása; ezek az elemek osztályozhatók és visszanyerhetők, és csak egy tárgyilagos külső szakértő – ezeket a mélyebb rétegeket feltárva és értelmezve – fedheti fel az „igazságot” a viselkedés jelentésével kapcsolatban. A terápia során azután, keresni kell a mögöttes, mély okokat, előrehaladni a hiányosság megjavításával, és nem megelégedve a tünetek egyszerű enyhítésével vagy kiküszöbölésével. Ilyen strukturalis elképzelések (a freudi énsztruktúráról a strukturalis családterápiáig) jellemzők többnyire a 20. századi társadalomtudományt.

lan, csupa gond történetek formájában önmagukról, meg sem vizsgálva, hogyan tulajdonítanak jelentést a saját viselkedésüknek (például: „egy gyáva, bizonytalan pasas vagyok, aki még magán sem tud segíteni”). A szegényes következtetések („Már megint mit csináltam, igazán teljesen alkalmatlan vagyok”) gyakran oda vezetnek, hogy az illető már egyetlen pillanatot sem képes felidézni, amikor ennek ellenmondóan viselkedett (például nagylelkű vagy segítőkész volt). A pozitív jellemzőket elhomályosítja vagy elrejtja a szegényes leírás által ihletett történet.

A *gazdag leírások* viszont gondosan kidolgozottak és soktörténetűek, és semmi esetre sem mások által kreált címkék. Ezek átfogják az érintett személy (vagy személyek) nézeteit, és rendszerint összefonódnak a többiek életével. A narratív terapeuták szerint valakinek az átfogó megértése egy olyan gazdag leírást igényel, amely az érintett történetéről és identitásáról szóló kedvelt történetek elmesélésén és újra meg újra elmondásán keresztül alapozódik meg. A szubjektív élmények – remények, vágyak, szenvedélyek, célok, fantáziák, törekvések, elkötelezettségek – feltárása hozzájárul az egyén viselkedését magyarázó-alátámasztó leírások gazdagításához. Az ilyen történetek elkerülhetetlenül összekapcsolódnak mások közös értékrendjével és hiedelmeivel.⁸⁶⁷

Freedman és Combs²⁷⁴ összegzi a narratív terapeuta erőfeszítéseit a leírások gazdagítása érdekében:

A narratívistákat munkájukban az vezeti, hogy azokat a történeteket erősítsék és gazdagítsák, amelyek nem támogatják vagy akár fenntartják a problémákat. Amint az emberek elkezdik „belakni”, megélni alternatív történeteiket, a figyelmük elfordul régi problémáik megoldhatatlanságáról. Az új történetekben megélik új önképüket, új lehetőségeiket a kapcsolatokra, és az új jövőjüket. (16)

Ráadásul, segítve a klienseket alternatív történetek kifejlesztésében, kiszabadítva őket problematikus történeteikből, a narratív terapeuták a beszélgetések újra-komponálása révén is támogatják őket életük és kapcsolataik leírásának gazdagításában. Fontos különbség: a narratív terapeuta nem abban segít, hogy a kliensei egyszerűen lecseréljék az egyik történetet egy másikra, hanem inkább abban, hogy kezdjék el az életüket soktörténetűnek látni – azaz, válaszadásokkal, számtalan, elérhető lehetőséggel. Életük egydimenziós szemlélete helyett, amilyent egy zaklatott, gondokkal, hiányokkal bajlódó család rendszerint prezentál – belefagyva az időbe, a jövő érzete nélkül – a narratív terapeuta célja az, és abban segít, hogy

a családtagok kiterjesszék életüket és változassák meg az önmagukról és a világról szóló korlátozó, elégtelen történeteiket. Ezt követve, megkérdőjelezzik azt a sajátos privilégiumot is, ami szerint a terapeuta többet tud, mint a hozzá segítségért forduló. Visszautasítják a szakértői szerepet, és azt, hogy ők jobban értenék a klienseket, mint azok önmagukat. Inkább a partneri együttműködésben bíznak, tisztelve a kliens által a terápiába hozott történeteket és kulturális hátteret.

A *dekonstrukció* fogalmát (az adottnak vett, komplex jelentések szétbontása és megvizsgálása) a francia teoretikus Jacques Derrida²⁰² vezette be, az irodalmi művek elemzésében, kimutatva, hogy ezekben nem egyetlen jelentés van (az író szándéka), hanem éppolyan fontos az a számtalan jelentés is, amelyeket az olvasók tulajdonítanak a műnek. A narratív terapeuták ezzel a fogalommal emlékeztetik a klienseket arra, hogy a jelentés vagy a feltevések adott készlete csupán illúzió, és a jelentések vagy feltevések egész garmadáját lehet alkalmazni adott esemény vagy tapasztalat megértésekor. Ennélfogva a narratív terapeuta elősegíti, hogy a kliensek újragigazgálják az úgynevezett igazságokat önmagukról – amelyet mások vagy a kultúra aggatott rájuk, és ők mint adottat és megváltoztathatatlant, elfogadtak –, és új narratívákat építsen fel. A gondokkal telített, domináló narratíva erejének dekonstrukciója megerősíti őket, hogy hozzáértőbben foglalkozzanak a valóság új szemléletével és kielégítőbb, reményteljebb élethez vezessenek.

A narratív irányzat vezető alakja a szociális munkás Michael White (Dulwich Centre, Adelaide, Ausztrália), aki termékeny szerzőként⁸⁶⁴⁻⁸ kimerítően foglalkozik a módszer filozófiájával és technikáival, és világszerte tart műhelyeket a kliensek segítéséről életük újraserzésében. Eredetileg Bateson munkássága vonzotta – különösen megfigyelései a jelentésadás folyamatáról –, később elvetette a köbmetikai gondolkodást, a narratív metafora javára. Ebben befolyásolta felesége, Cheryl White feminista gondolkodása, valamint kollégája, David Epston (Family Therapy Centre, Auckland, Új-Zéland) néhány kultúrantropológiai elkötelezése. White klinikusként is elkötelezett a terápia szociális és politikai vonatkozásai mellett, felszabadítja az embereket az elnyomórító, kulturálisan uralt, problema-telített történeteikből és segít megerősítésükben, hogy újrakomponálják életüket és kielégítőbb, domináns történeteket kifejlesztve, egy teljesebb élethez juthassanak.

White-ot a narratív metaforával az eredetileg szintén szociális munkás végzettségű David Epston,²³⁷⁻⁸ mint antropológiai érdeklődésű családterapeuta ismertette meg. Epstont különösen a családokhoz intézett innovatív *terápiás levelek* tették ismertté, amelyek a kezelés kiszélesítésével az életük újra komponálását

célozzák (l. lentebb). Ő és két munkatársa egy sor hasznos narratív technikát dolgoztak ki gyerekek és családjaik kezelésére.²⁷⁶

A társadalmi aktivistaként is ismert Cheryl White a Dulwich Centre publikációs felelőse. Szerkeszti a Narrative Therapy and Community Work International Journalt (azelőtt: Dulwich Centre Newsletter), amely a narratív szemlélet befolyásos folyóirata. Az USA-ban Jill Freedman és Gene Combs²⁷⁴⁻⁵ (Evanston, Illinois), Jeffrey Zimmerman és Victoria Dickerson⁸⁹⁶ (San Francisco), Kathe Weingarten⁸⁵⁰ (Boston), valamint Jennifer Andrews és David Clark⁴⁴ (Los Angeles) tekinthetők a narratív szemlélet figyelemre méltó képviselőinek. Kanadában Lorraine Grieses és Stephan Madigan⁵¹⁸ működött a Vancouver Anti-Anorexia/ Anti-Bulimia Ligát, amely szintén narratív irányultsággal segít a tagjainak, hogy megváltoztassák gondolkodásukat (és páciensből közösségi aktivistákká válnak); ez a szervezet hasonló minta szerint szerveződik, mint az Epston által szervezték Új-Zélandban.

ÖN-NARRATÍVÁK ÉS KULTURÁLIS NARRATÍVÁK

A narratív terápia szószólói azt javasolják, hogy az emberek, próbálva megérteni az életüket, rendezzék el tapasztalataikat az időben, és így nyerjenek egy koherens elszámolást magukról és a környezetükről. Az ilyen ön-narratívák mindenki számára biztosítják a folytonosságot és a jelentés értelmét, és az elkövetkező tapasztalatok értelmezési alapjává válnak.

Minden ember számára a saját története, ön-narratívája („Hogyan fordított szembe a szüléim válása a házasság intézményével; hogyan tartott vissza az anyám alkoholizmusa engem az ivástól; milyen erőt ad nekem a nagymamám emléke, aki nincstelen kivándorlóból sikeres üzletasszonnyá lett; miként játszott közre a gyermekem betegsége a kisebbségi érzéseimben, és így tovább) nyújtja az első eszközt tapasztalatai rendezésére. Rövidre fogva: ezek az életünkről kifejlesztett történetek formálják és alkotják ténylegesen az életünket. Segítséggel a kliensekben először is tudatosulnak a korábban fel nem ismert, de hatásukban erőteljes, az életüket beszűrítő belső narratívák; ez nagy lépés afelé, hogy vállalkozzanak alternatív élet-történetek keresésére, kifejlesztésére. Tartsuk észben: életük újra komponálása a kliensekre tartozik – a terapeuta ebben segít, de nem teheti meg helyettük.

Ezeket a személyes, történetekkel megalapozott narratívákat azután a kultúra szokásos vagy preferált viselkedésmódjai tovább formálják és befolyásolják,⁸⁶⁵ domináns kulturális narratívák nyújtva. Például, ha egy

társadalom jutalmazza a vékony nőket, és a sikert a test alakja és mérete alapján ítéli meg, akkor az anorexia vagy bulimia valószínűleg gyakori probléma lesz. Hasonlóképpen, a feleségverés vagy a férfi erőszak, a nőkel szembeni fizikai visszaélés csak olyan társadalomban burjánzik, amely támogatja a férfi dominanciát és a patriarchátust.⁸⁸⁹ A rasszizmus, szexizmus, a életkor szerinti megkülönböztetés, az osztály-elfoglaltságok stb. alapját képező hiedelmek szintén mérgező kulturális narratívák. A terapeuták ezért olyan beszélgetésekbe próbálják bevonni a családokat, amelyekben felfedezhetik, felismerhetik és lebonthatják azokat (a szokásokba, törvényekbe, intézményekbe, a nyelvbe stb. ágyazott) hiedelmeket és gyakorlatot, amelyek hozzájárulnak probléma-történeteik fennmaradásához.

White gondolkodását különösen befolyásolta Michel Foucault²⁶⁴⁻⁵ francia szellemtörténész és társadalomkritikus. Foucault a hatalom eszközeinek látja a nyelvet; szerinte bizonyos, a domináns kultúra által objektív „igazságként” fenntartott „történetek” az életéről segítenek fenntartani a társadalmi hatalmi struktúrát és kizárják ugyanazon esemény másféle felfogását (például, hogy mi számít normális szexualitásnak; milyen viselkedést minősítenek kórosnak; hogyan reagálunk egy etnikai minoritás tagjaira; vagy mi teszi a „férfit” stb.). Foucault szerint a domináns vagy megtekintői tudással rendelkezők (politikuskok, papok, tudósok, orvosok, terapeuták) kezében van a legtöbb hatalom és egyszersmind ők döntenek el, hogy milyen tudást tartanak a társadalomban igaznak, helyesnek vagy megfélemlítőnek.²⁷⁴

Mivel az elnyomás gyakran ezeken az önkényes cinkéken alapul, Foucault amellett állt ki, hogy segíteni kell az embereknek kiszabadulni a kultúra domináns diskurzusainak igájából.⁸ Sürgette bizonyos domináns kulturális vagy intézményi narratívák elvetését, mivel vak követésük nemcsak hogy kizárja az alternatív tudás vagy szempontok megfontolását, hanem meg is átkozza azokat.

A hatalom, kiváltság, elnyomás, irányítás, etika és társadalmi igazságosság – ezek White prioritásai a terápiás munkában. A terapeuta szerepéről, a terápia folyamatáról és céljairól vallott felfogása mind Foucault hatását

⁸ A kulturális vagy intézményi diskurzusok gyakran nemcsak elnyomják vagy korlátozzák az embereket, hanem általában elnyomó attitűdökhöz vezetnek – a férférek különböznek a nőéktől, a férfiaknak joguk van uralni a nőket; a heteroszexualitás normális, míg a homoszexualitás nem; és így tovább. A narratív terápia az ilyen hozzáállások kibírásában az első vonalban van.⁸⁶⁴

mutatja; a társadalmi igazságosság iránti elköteleződés és a hatalom kényszerbe vonása sok családterapeutát vonzott a narratív terápia táborába.

A narratív terapeuták a kliensek történeteit jellemzően politikai lencsén át szemlélik – különösen azokat, amelyek az emberek életének elnyomításáról szólnak (rasszizmus, szexizmus, nemi vagy osztályelfogultság, a homoszexualitás iránti intolerancia). Foucault társadalom-elemzését kiterjesztik a személyes és családi szintekre, úgy érvelve, hogy bizonyos internalizált narratívák (például, mit jelent mai társadalmunkban a sikeresség vagy az értékes élet) gyakran elnyomítják a személyiséget, hibás, teljesítménycsökkentő torzulásokhoz vezetve. Azonfelül, internalizálva, ezek a szűk, kulturális alapú, domináns diskurzusok a jövő önpusztító szemléletéhez vezetnek és gátolják alternatívák elképzelését.

A TERÁPIÁS BESZÉLGETÉS

A narratív terapeuta becsüli a kliensét, és próbálja kiszabadítani a reménytelenség béklyóiból, segítve, hogy életének korábban elnyomított területei legyenek átláthatók. Az emberi motívumok, igények, késztetések vagy személyiségvonások objektív diagnosztizálásával tetszelgő szakértői szerep helyett inkább a kollaboratív, konzultációs viszonyulásban érdekelt; ezzel is az egyenlőségre sarkallva őket, és hogy az alternatív álmokat igaz álmokkal, víziókkal, értékekkel, hiedelmekkel, szellemiséggel és elkötelezettséggel helyettesítsék. Például, közvetve és a posztstrukturalista szemlélethez, White azt próbálja felderíteni, milyen saját hiedelem vagy cselekvés tükrözi az adott kliens álmait vagy meglátásait (ahelyett a strukturális felfogás helyett, hogy mi tükrözi az illető személyiségtypusát).

A posztstrukturalista hozzáállás beszélgetéshez vezet a kliens értékeiről, hiedelmeiről, céljairól, ezzel megadva a lehetőséget a személyes vagy kulturális elnyomottságból való felszabadulás nyomán megnyíló választások széleskörű megfontolására. White szerint bármilyen terapeutai értelmezés egyrészt felülbecsüli a terapeuta nézeteit, másrészt azt üzeni a kliensnek, hogy az ő gondolatai vagy meglátásai nem „képviselnek értéket”. A narratív terapeuta pozíciója ehelyett *decentráló* – befolyásos, de nincs a terápiás ráhatás középpontjában.

Például ilyen kérdéseket tehet fel: „Mi volt hasonló ehhez a tapasztalathoz?”, ezt követi a „Milyen hatása volt ennek az életére?” vagy „Miért volt ez ilyen fontos Önnek?” Ilyeneket kérdezve a terapeuta a kliens élet-

tapasztalatainak *megnyilvánulásaira* összpontosít, és az ezek jelentéséből fakadó (és tovább értelmező) preferált cselekvésekre. Fontos terápiás kérdés itt a domináló ön-narratívák dekonstrukciója és a szabadság helyreállítása, egyénileg és családként, megszakítva az addig domináns kulturális diskurzusokat. A beszélgetések újra komponálásától azt várják, hogy a kliensek jobban megértsék azt, ami történik az életükben, és ahogyan történik, és amit ez jelent – ez vezet el a pozitívabb lehetőségek megfontolásához és a teljesebb élethez.

A probléma externalizálása

Mivel sok kliens hajlamos magára venni (internalizálni) a problémákat („Nekem mindig sikerül elszúrnai a dolgokat, totál reménytelen eset vagyok”), White olyan beszélgetést fejleszt ki, amely segít a páciensnek, hogy eltávolítsa magától, *externalizálja a problémákat*, és ezzel új jelentést adjon a tapasztaltaknak. A cél itt az, hogy végül a kliensek felismerjék: ők és a probléma nem ugyanaz. A figyelemnek ezzel az elterelésével a problémáról mint személyes jellemvonásról a kliens remélhetően felismeri azt az ártalmas hatást, amellyel a régi történet birt az életére. Így elkezdődhet annak megértése, hogy a probléma megváltoztatható szociális konstrukció (azaz, a korábbi személyes vagy kulturális narratíva terméke).

Az *externalizálás* technikáját alkalmazva, a páciens könnyebben megvizsgálja viszonyulását a nehézségeihez és azoknak az életére gyakorolt korlátozó hatását. Emellett nem kell időt vesztegetni a családi minták vagy dinamika feltárására, sem az aktuális helyzethez vezető kritikus események keresésére. A narratív terapeutákat nem érdekli, hogyan hatnak a családi interaktív minták az aktuális problémára; éppen ellenkezőleg, arra kíváncsiak, hogyan befolyásolja a probléma a családot.

A narratív terapeuta az externalizálással dekonstruálja a korlátozó problémát mint az egyénben rejlő belső hiányosságot vagy patológiát, és újradefiniálja azt egy külső, káros, az életet uralni hajlamos narratívaként. Ezzel arra biztatja a családot, hogy egyesüljön a problémával szemben. Kezdve a család hiedelemkészletével és a problémát leíró nyelvhasználatl (a kamasz lány anorexiájáról, az anya depressziójáról, a kisfiú bevezetéséről), a kérdésével támogatja őket, hogy a problémát a családon kívül létezőnek tekintsék. Ennek az eljárásnak a hatékonyságát olykor segíti, ha az adott nehézséget például megszemélyesítik, felrúházzák egy

Klinikai feljegyzés

Az externalizálás általában nem könnyű azoknak a terapeutáknak, akiknél a korábbi képzésben besúlykolták a kliensek „objektív” megítélését („X. bipoláris”, „Y. kétségtelenül anorexiás” „Jgy a depressziósok reagálnak” stb.), ami azt sugallja, hogy a probléma a személyiségen belül található.

különálló entitással (például találunk rá egy, a családhoz nyelviileg illő elnevezést – ezzel az már nem a tünethordozó belső jellemzője vagy tulajdonsága). Ha elkerüljük azt a csapdát, hogy egyvalaki a hibás, a tünetével, a családnak okozott nehézségért, akkor elkezdhetik azt valamilyen külső tényezőnek tekinteni és inkább képesek együttműködni a gondolkodás megváltoztatásában, életük új lehetőségeinek kifejlesztésében.

Amikor a serdülő azonosítja magát azzal a frázissal, hogy „én anorexiás vagyok”, a terapeuta megkérdezheti: „Mit gondolsz Anorexiáról, amikor tudod, hogy becsapott téged, mert boldogságot ígért, de kétségbeesést hozott?” Vagy az anyát arra készítik, hogy a depresszióját ne valamilyen belső adottságnak tekintse, hanem külső teherként: „Mi a trükkje Mr. Mélabúnak, hogy ennyire átveszi az irányítást az Ön életében?” Ezzel a fortélyal a kliens, aki addig gyámoltalannak hirdette magát, el tud kezdeni „tárgyalni” Mr. Mélabúval, elkülönítve magát a problémától és választásokat megfontolni.⁸⁹⁶

Az externalizáló beszélgetések tehát a nyelvet és a tapasztalathoz fűzött jelentést hangsúlyozó posztstrukturális eljárások. Ezek kövезik ki az utat az önhibáztatás csökkentéséhez, illetve a korábban tekintetbe nem vett (mert a problémát az illető belső bajának vélték) alternatív történetek gazdagító leírását generálják.

Az externalizálás rendszerint nagy figyelemmel van az olyan családokra, amelyek képtelenek megszabadulni attól, hogy a probléma tünethordozója a saját kudarcukat tükrözi; vagy éppen őt hibáztatják. („A Harry már csak ilyen természetű, hogy lehangolódik” vagy „Az állandó depressziója tönkreteszi a családot”). Most viszont bemutatják nekik a probléma nem patológiás, externalizált felfogását („A szomorúság gyakran a hatalmába keríti Harryt”), amelyben senkit sem kell hibáztatni. Így talán elkezdhetnek rájönni, hogy a tünethordozó sem kedveli az érzelmi hatását, éppúgy, mint akármelyik másik családtag.

A következő lépésként a családnak azt a megerősítő lehetőséget kínálják, hogy konstruálják meg a terapeutával együtt az életük alternatív elszámolását. Két kapcsolódó eljárás működik itt: az életüket korábban for-

máló probléma dekonstrukciója, és egy (addig mellőzött, vagy a domináns történet miatt homályban maradt) történet újra-konstruálása, újra komponálása. Az externalizáló beszélgetések megtartása valamennyi jelen levő családtaggal felkészíti őket arra, hogy az elmesélt történetüket leváltszák magukról, és el tudjanak kezdeni csapatként dolgozni az éppen externalizált problémán.⁸⁹⁷

Terápiás kérdések alkalmazása

A narratív terápiát olyan kérdések megfontolt használata jellemzi, amelyek a gondolat új sugárújtait nyitják ki – mellőzve a terapeuta megfigyeléseinek vagy értelmezéseinek kinyilvánítását. White finom, tiszteletet tükröző, ám kitarító kérdése, jellemzően a személy saját tapasztalatára („Mit akar ez az Öntudat mondani Önnek, önmagáról?”) és probléma-tapasztalatára („Hogyan befolyásolja Önt ez az Öntudat szociálisan? Például a nőkkel kapcsolatban? Vagy amikor fizetésemelést akar elérni a főnöke?”) irányul. A gazdag leírás elérése érdekében a terapeuta először arra kéri a klienseket, hogy meséljék el a problematikus történetet – majd később az alternatívát is – különféle helyzetekben. A kulturális diskurzusokat is hasonlóképpen kérdezik ki: „Mit gondolt arról, ahogyan a társadalom tekinti az agresszív és a békés embereket, és mit mond ez Önnek a saját öntudatosságáról?”

White irányított kérdéseket használ (eltérően Anderson és Goolishian kevésbé célzatos stílusától), amelyekkel arra biztatja a családokat, hogy a problémát tekintsék rajtuk kívüli dolognak, elválasztva a saját identitástuktól. Úgy is mondhatjuk, az a szándéka, hogy szembeszálljon a család korábbi, nem működő és destruktív feltevéseivel. Például a tünethordozó (például iskolakerülő) kamasz szüleit kérdezik: „Hogyan befolyásolja ez a probléma Johnny életét? Az Önök életét? A kapcsolataikat? Hogyan hat ez Önökre, mint szülők? Kihát arra, ahogyan önmagukat látják? Ha a saját kudarcuknak tartják, befolyásolja ez a viselkedés a kapcsolataikat Johnnyval? A viselkedésüket egymással? A barátaikkal?” Ez a technika megengedi a családnak a probléma távolítását, a leválást az addig rájuk nehezedő történet vonaláról és elkezdhetnek egy új, alternatív számvetést készíteni.

A narratív terápiában nem annyira az adott probléma oka az érdekes, hanem a családi életre gyakorolt negatív, olykor annak valamennyi aspektusát megrontó hatása. Az ilyen családok jellemzően csupa-gond történe-

15.2. Túljutás a domináns probléma-telített történeteken

A narratív terapeutaikat a családhoz kapcsolódást követően a legyőzöttség érzését közvetítő történetek – és a hozzájuk rendelt jelentések – kibontása érdekli. A családok jellemzően szegényes leírást adnak („A fiunkat, Harryt depresszióval diagnosztizálták”), ezzel magyarázva kétségbeesésük okát, és alig engedve teret a kivételekre az adott viselkedés alól (és valószínűleg valamilyen szakmai véleményre hivatkozva).

Ennek hatásaként Harry elszigetelődik és eszköztelen lesz, gyengének és megsemmisítettnek érzi magát, amiért ennyi bajt okoz a családjának. A szegényes leírás elválasztja őt a többi családtagnál, és kizárja a helyzet másféle áttekintését. Ha egyszer a családtagok megállapodtak abban, hogy Harryval valamiféle megoldhatatlan baj van, és ez az oka minden más szerencsétlenségnek, akkor a továbbiakban ehhez keresnek bizonyítékokat, amivel tovább erősítik a róla szóló probléma-telített történeteket.

Harcba szállva ezzel a hozzáállással, a narratív terapeuta beszélgetéseket kezdeményez olyan alternatív történetekről, amelyek segíthetnek a családnak eltávolodni a múlt történeteinek a hatásától és új lehetőségeket hoznak. A probléma externalizálása és Mr. Szomorúságnak történő kinevezése után a terapeuta a következőket kérdezheti:

- Harry, mikor volt utoljára, hogy elbúcsúztál Mr. Szomorúságtól?
- Hogyan jutottál el ehhez a ponthoz?
- Mit mondtál magadnak akkor, ami más volt, mint korábban? Egészen pontosan mit tettél?
- Mit mond ez rólad, Harryról, aki ezt meg tudta tenni?
- Mit tett Harry másként, ami segít megmagyarázni, hogyan állt ellent Mr. Szomorúságnak?
- Mi mutatja meg a család többi részének, amikor Harry életét már nem kíséri Mr. Szomorúság?

Valamennyi ilyen beavatkozás azt célozza, hogy a család eljusson élettörténetének egy alternatív nézetéhez, újra felfedezve tagjai elhanyagolt vonásait, beszüntetve problémái „táplálását”, és újrakomponálva a történeteit, most már belefoglalva képességeik új érzetét. Az alternatív történetek gazdagító leírása (kiterjesztve képzeletüket, lefestve a jövőbeni újfajta együttélést, és a családon kívüli kapcsolatok megváltozását) segít ezekben a terapeuta és a kliensek által együttesen konstruált beszélgetésekben. A probléma-telített történeteket kezdik felváltani azok, amelyek a család történetében gyökereznek és gazdag leírásaik részletezik a jövőt. A család felhagyja a hibáztatással, és továbbra is arra bátorítja, hogy engedje bele magát az alternatív történetekkel egybevágó viselkedésbe.

teket adnak elő, pesszimista és öndestruktív narratívákat önmagukról, nyilvánvalóan tükrözve csalódottságukat, tehetetlen kétségbeesésüket („Sosem tudjuk előre, Harry milyen hangulatban lesz”). A terapeuta az ilyen családoknak azzal is segíthet, ha történeteikben a negatívumok tengerében elsikkadt sikeres időszakokat talál, és kiemeli azokat (volt idő, amikor Harry túljutott a szomorúságán, sőt öröm is előfordult körülötte) – ezeket a gondokkal zsúfolt családok nem képesek észlelni. Új fényben ezek a „tények” rendszerint ellentmondanak a korábbi kudarcos önképnek, a tehetetlenség érzéseinek.

Egyedi kimenetek keresése

A probléma externalizációját követően a narratív terapeuta azon tapasztalatok vagy események leírását figyeli, amelyek nem illeszkednek a problematikus történethez, vagy amikor a probléma hatása kevésbé látszott vagy meg is szűnt. Ezeket a pontokon lehet beindítani az újrakomponáló beszélgetéseket, amelyek azután alternatív történetekké fejlődhetnek.²⁷⁵ Kifejezetten meg is kérheti a családot, hogy kutassanak ilyen egyedi kimenetek után – olyan kivételes események, cselekvések, gondolatok után, amelyek ellentmondanak a domináns csupa-gond történetüknek. („Fel tudsz idézni egy olyan időszakot, amikor megtagadtad, hogy Mr. Szomorúság parancsait kövesd? Hogyan voltál képes, hogy helyette a saját gondolataidban vagy vágyaidban bízzál? Ez mit üzent neked magadról?”)

Az egyedi kimenetek utat nyitnak az alternatív narratívákhoz – egy új családi vonal megkezdéséhez. Bármilyen példáról, eseményről szólhatunk – ami nem simul bele a régi domináns történetbe: egy terv, cselekvés, érzés, állítás, vágy, álom, gondolat, hiedelem, képesség vagy elköteleződés (lásd a 15.3. keretes írást). Vonakozhat a múltra, a jelenre vagy a jövőre. A következő példában egy párterápia (házassági problémák) első ülésén a narratív terapeuta egyedi kimenetek után kutat:

Férj: Már egy éve hordom magamnál a telefonszámát, és most vettem a bátorságot és felhívtam.

Terapeuta: Mit mond ez Önnek, hogy megtette?

* Az olvasó itt észreveheti a hasonlóságot a dekonstrukció taktikája és a megoldásközpontú módszer között. Mindkettő afelé tereli a klienseket, hogy a nehézségeikről panaszok helyett keressék a kivételeket – azokat a tapasztalatokat, amelyek ellentmondanak a probléma-uralta történetnek. Mindkettő úgy próbál segíteni a klienseknek, hogy újramondja a történetüket, és megerősítő alternatívákat talál.

Felcsés: Én is próbáltam felhívni Önt néhányszor még tavaly, de amikor felvette a kagylót, letettem. Megíjédtem. De most rákényszeríttem magamat, hogy kitartsak a feladat mellett.

T: Mit mond ez az új lépés kettejükről? Emlékszik még más alkalmakra, amikor be volt ijedve, mégis ment előre és azt tette, amire szüksége volt?

Férj: Egy dolog jut az eszembe... hogy mennyire utáltam az állásomat, de maradtam, mert nem volt bátorságom otthagyni és kipróbálni valami újat. A végén aztán rászántam magam, és kiléptem, és egy héten belül megtaláltam ezt a munkát, amit igazán kedvelek.

Felcsés: Emlékszem, én is mennyire meg voltam ijedve, de bátorítottam őt, mert mindketten olyan szerencsétlenek voltunk, és tudtuk, hogy kell tennünk valamit.

Alternatív történetek közös alkotása

Amint a kliensek ráébredtek az életüket domináló csupa-gond történetek vonulatára, és megvizsgálták a problémáikat fenntartó diskurzusokat, kezdenek teret és értelmet nyerni más, megvalósítható, nyílabb kimeneteli történetek. (Persze vannak makacs narratívák, különösen azok, amelyeket erős kulturális hiedelmek támogatnak és nem könnyen dekonstruálhatók.) Ezt a munkát jól érzékeltetheti az a metafora, hogy a kliensek egy többemeletes épületben élnek, de a pincében, sokszor csapdába esve, „alagsori” kilátással. Amint a terapeuta segít nekik, hogy elérjék a felsőbb emeletet, horizontjuk kiszélesedik és kezdik észrevenni az addig tagadott kilátást. Többé nincsenek problémás történeteikbe zárva és „fentről” könnyebben látszanak a másféle megoldások is.

A jelzések az egyedi kimenetekről tovább erősítik az alternatívák rak-tárát. A terapeuta arra biztatja a klienseit, hogy elmondják és újra mond-ják a preferált történeteket, gazdagítva azokat finom részletekkel, össze-fonva a saját és mások életével is. A gazdagító folyamat abban fontos, hogy a klienseket kapcsolatban tartja az új, preferált történettel, amelyet így kezdenek átélni, a problematikus helyett. Néhány esetben a visszajel-ző csoport (lásd 14. fejezet) vagy külső *tanácsok* (lásd később) segí-tenek újra felerősíteni az alternatív narratívákat.

TERÁPIÁS CEREMÓNIAK, LEVELEK ÉS LIGÁK

Az alternatív történet leírásának gazdagítása – mint egyik célja a preferált narratívával való kapcsolatban maradásnak – számos kiegészítő gyakor-latot igényel a narratív terapeutától. A cél az, hogy az élet váljon még soktörténetibbé.

15.3. Klinikai megjegyzés Egyedi kimenetek

Egy terv: Mel azt tervezte, hogy kimegy kávézni, pedig Miss Anorexia meg-próbálta lebeszélni arról, mert még a kávéját is kövér lesz és nehogy kimen-jen. (múlt)

Egy cselekvés: Ari felhívja egy barátját, pedig Mr. Depresszió hangja meg-próbálta elszigetelni őt a barátaitól. (múlt)

Egy érzés: Marcy úgy érezte, elégedett lehet a vizsgaeredményével, pedig Teljesítmény Tanár Úr arra próbálta rábeszélni, hogy a jegyei nem voltak elég jók. (jelen)

Egy vélemény: Paula határozottan elmondta az álláspontját egy gyűlésen, pedig állandó kísérője, a Kétkedés megpróbálta elhallgattatni őt. (múlt)

Egy vágy/álom: Dave abban reménykedik, hogy a családjával tölti a szabad-ságát, ha megszabadul a nyugtatók és az alkohol rabságából. (jövő)

Egy gondolat: Xiang azt gondolta, „Ez nem az én hibám”, amikor Hibáztató Anya megpróbálta rávenni, hogy érezze magát hibásnak a drogozó lányáért. (jelen és múlt)

Egy hiedelem: Luz úgy fogalmaz, „Hiszem, hogy ettől jobb leszek”, amikor Mr. Depresszió próbálja bebeszélni neki, hogy ez lehetetlen. (jelen)

Egy képesség: Chris és Leanne együtt nevetnek a kislányuk szövegén, annak ellenére, hogy Elvárás Szomszéd sok alkalommal közéjük állt és nem enged-te, hogy élvezzék szülő mivoltukat. (jelen)

Meghatározó ceremóniák

Az antropológus Barbara Meyerhoff⁵⁶⁰ írta le a definiáló ceremónia fo-galmát. Ennek metaforájaként, a narratív terapeuták lehetőséget teremt-hetnek, hogy a klienseik elmondhassák (vagy előadhassák) életük törté-neteit külső közönség előtt, lehetőleg kiemelve, hogyan tulajdonítanak je-lentést a tapasztalataiknak. A hallgatóságból nem ítélkező megfigyelőket (ezek lehetnek szakemberek, például a visszajelző csoport tagjai, vagy la-ikus külső „tanúk”) kérnek fel, hogy reagáljanak az előadott történetekre, újra elmondva az éppen hallottakat. Az előadás–visszamondás folyamata révén az emberek életének darabjai és alternatív történetei gazdagodnak, sokrétűvé válnak és összekapcsolódnak az értékekkel és elkötelezettsé-gekkel. Ha a kliensek hallják, mi fogta meg a hallgatóságot az ő története-ikből, előkerülhetnek a jövőre vonatkozóan további választási lehetősé-gek. A definiáló ceremónia⁵⁶⁷ segít hitelesíteni a kliensek preferált állítá-sait önmagukról.

A definiáló ceremóniák sokrétűek és rendszerint a ceremónia közép-pontjában levő személy elbeszélésével indulnak, majd ezek újra felmon-

dásával (a közönség által) folytatódna; a következő menetet a hallgatóság reagálásának alapján a módosított elbeszélés vagy előadás (ismét a kliensek által), majd az új narratívákat akár az eredeti hallgatóság, akár egy újabb tanácsot vezető újra felmondja, és így tovább. A lényeg az, hogy az alternatív történetek gazdagodjanak, hitelesítve az érintettek állításait az életükről, és nyújtsanak választási lehetőségeket a cselekvésre, amelyet a ceremónia középpontjában levő személy egyébként nem tudna megfontolni.

A legalább két tagból álló tanácsot vezető verbuválódhat barátokból, családtagokból, a többi terapeutából vagy a közösség tagjaiból – bárkiből, aki képes megfigyelni az új komponált beszélgetést a terapeuta és a kliensek között, majd közölni tapasztalatait arról. Morgan⁵⁸⁹ egy ugratások, zaklatások céljául szolgáló gyerek példáját hozza, akit sikerült bevonni egy csoportba, hasonló elnyomásnak kitett társak közé. Ezt követően képes volt az ő tapasztalatait is felhasználni a végzés kezelésében. A gyerekek és a családjával lefolytatott narratív interjút egy külső tanácsot vezető figyelt, tükrözött át (tehát nem beavatkozva), majd helyet cserélt a családdal, és azok előtt megtárgyalták, amit éppen megfigyeltek és tapasztaltak.

Bizonyos esetekben a tanúk kommentálhatják, hogyan hat a terapeuta és a család közötti beszélgetés a gondolkodásukra a saját életükről. Ezt a technikát *decentrált megosztásnak* nevezik.⁵⁶⁷ A felállítás az, hogy minden résztvevő kapcsolódik a többiekhez, de respektálják, hogy a kliens család áll az újra elbeszélés középpontjában. Majd a fókusz a tanácsot vezető beszélgetésre helyeződik – jellemzően egymás kérdésének formájában a hallottakról –, amelyben valószínűleg az általuk megfigyelt alternatív történetek és egyedi kimenetek kapnak hangsúlyt, és jelzik, hogyan rezonáltak a terapeuta–család beszélgetésre a saját élettapasztalataik szerint. A folyamat célja itt is a felszínre került alternatív történetek gazdagítása, annak alapján, ahogyan azok megfogták a figyelmüket, mert tükrözték a saját élményeiket. A jellemző narratív felfogás szerint a tanúk nem ítélik meg arról, hogy mi a helyes vagy a legjobb az adott családnak, és nem ajánlgatják a saját véleményüket arról, hogyan kellene az érintetteknek vezetniük az életüket. Nem tartják a saját életüket és működésüket modellnek vagy követendő példának.

Az elmondás–reagálás–újra elmondás–újra reagálás teljes folyamata, amelyben végül minden résztvevő találkozik mindenkivel, ha sikeres, se-

git elkülöníteni a klienseket csupa-gond történeteiktől, és segít újjáépíteni az életüket alternatív történeteiknek megfelelően.⁵⁸⁹ Az elbeszélés–reagálás folyamata korábban nem elérhető új választási lehetőségeket kínál a cselekvésre a ceremónia középpontjában levő személynek vagy családnak.

Terápiás levelek

A narratív terápiaiban a terapeuták gyakran és sokféle céllal intéznek leveleket a kliensekhez, de elsősorban az ülések kipótlására és kiterjesztésére, és hogy kapcsolatban tartsák őket a kibontakozó alternatív történettel. Epston^{569,238} egészen rutinszerűen alkalmaz az üléseket összefoglaló terápiás leveleket, amelyekben (a kliens beleegyezésével) a vonakodó tagokat (vagy másokat is) meginvitálják a további ülésekre, vázolják a jövőt, és így tovább.

Ezzel a gyakorlattal a terapeuta ki tudja terjeszteni a beszélgetést, miközben arra bátorítja a családtagokat, hogy rögzítsék az életük adott időszakában lezajlott események sorának egyéni nézetét. A levelek, mivel akár naponta elolvashatók, de akár hányaszor, még évekkal később is, kifejezett folytonosság-értekléssel bírnak; gazdagítják az alternatívák raktárát, és segítenek abban, hogy a kliensek tartósan belemerüljenek az új komponálás folyamatába. Epston és White²³⁸ szerint akár egyetlen levél is felérhet olykor négy-öt terápiás üléssel is.

A narratív levelek jellemzően abban segítenek, hogy a terápia időben és térben is tartós maradjon. Epston²³⁷ az ülést *összegző levélben*, gondos jegyzetelésre alapozva (és a kliens szavaival megfogalmazva) a megbeszélésre hangolva igyekszik felnyitni a kliens csupa-gond történeteivel szembeni alternatív lehetőségeket. Néhány, az ülés során megvitatott egyedi kimenetre szintén kitér az emlékeztető.

Más esetekben Epston az ülésre *invitáló levelet* ír a vonakodó családtagoknak; a legtöbbször kellemesen meglepődnek ezen a gondos számon tartáson és eljönnek. Az ún. *ismétlő levelek* azt emelik ki, hogy bizonyos családtagok kettős szerepet vesznek fel a családban (például egy apa közben valakinek a testvére is), és ezt célozza megváltoztatni. Az *elbocsátó levélben* (ezt a klienssel együtt írják) egy másik családtagnak megköszö-

* Az olvasóban felmerülhet az összehasonlítás igénye a narratív levelek és a milánóiak által küldött levelek között. Az utóbbiak (lásd a 12. fejezetben) azonban jellegükben paradox, reagálást provokáló levelek, és a kliens rendszerint vagy közvetlenül kapta, vagy akkor postázták ilyent, ha a szóbeli paradox taktikával nem értek célra.

Klinikai megjegyzés

Nem szokatlan, hogy a kliensek a tárcájukban a fontos, a személyes narratívájukat jelentősen érintő leveleket (vagy újságvágásokat) hordanak magukkal. Olykor a terapeuták a szemtanúi, hogy egy kliens előhúzza egy öreg, agyonolvasott magánlevelet, segítségül a története elmondásához.

nik a részvételt, de arról informálják, hogy a továbbiakban nincs szükség arra, hogy egy bizonyos szerepet felvállaljon. A *jóslat-levél*, ebben a terápia következményeit taglalják, általában sikeres folytatást jósol az új lehetőségek keresésében.

Epston számára a levelek nem különálló beavatkozások, hanem szervesen illeszkednek ahhoz, ami az ülésen lezajlott. Bármilyen is a formájuk, az átélt élményt fordítják narratív formába. Híven a klienssel fenntartott egaliter kapcsolatra, a narratív terapeuta a gondolatait nem tartja titokban, hanem teljesen nyitott, és a család akár megerősítheti, akár módosíthatja azt, vagy vitathatja. Összevéve, a levelek a terapeuta–kliens együttműködés folyamatosságát teremthetik meg, az alternatív élet történetek keresésében.

Támogató ligák

A probléma és a kliens identitásának szétválasztása a narratív terápiás filozófia szerves része. Jól tükrözi ezt a szemléletet az Anti-Anorexia/Anti-Bulimia Ligák mozgalma, amelyet Epston kezdett el Új-Zélandban, és ma már az Egyesült Államokban, Kanadában és Ausztráliában is létezik. Azon az elképzelésen alapulnak, hogy egy adott nehézséggel (mint amilyen az anorexia-bulimia is) küzdő emberek rendelkeznek azzal a tapasztalattal és tudással, amelynek révén segíthetnek hasonló gonddal küzdő társaiknak, és megosztva tapasztalataikat, építve egymás készségeire, legyőzhetik a problémát. A kölcsönös segítségére építve, olyan csapatot formálhatnak, amelynek hatására elkezdhet megváltozni a viszonyuk a problémához (az adott esetben újrakomponálva kapcsolatukat az étkezéssel). A találkozókön tudnak beszélni olyan fájdalmas témákról, amelyeket különben megtartanak maguknak, társadalmi aktivitást, nagyobb nyilvánosságot tudnak elérni. Magnófelvételek, kreatív foglalkozás, egymásnak szóló levelek, időszakos rendezvények, kézikönyvek, nyilvános beszédek, hírlevél, magazin- és újsághirdetések ellenőrzése – mindezek olyan társadalmi indítatású erőfeszítést képviselnek, amelyek célja egy támogató szubkultúra kialakítása – a narratív terápia logikus

kiterjesztéseként – a destruktív kulturális narratívákból való felszabadítás érdekében. Ebben a mozgalmában a terapeuta befolyásos, ám decentrált szerepet visz; a közösségi erőfeszítésben minden hang „kiváltságos”, nem csak a professzionális terapeutáké.

Egy különösen figyelemre méltó kezdeményezés a Vancouverben létező Anti-Anorexia/Anti-Bulimia League, Grieves és Madigan^{519,520} szervezésében, amelyben a páciensek végső soron tanácsadókká és társadalmi aktivistákká válnak. A narratív elmélettel és gyakorlatl összhangban, ennek az alulról szerveződő, politikailag aktív csoportnak egyrészt edukációs célja van – a közvélemény tájékoztatása a témát érő társadalmi nyomásról –, másrészt lobbizik azért, hogy változzon meg a végtelenségig lefogyasztott nők idealizálása a médiában; ugyanis ennek nyomán különösen a kamasz lányok követik a rossz példát. Mint Madigan⁵¹⁸ megállapítja, a liga közös polgári kezdeményezés azzal az intézményi berendezkedéssel szemben, amely az embereket az anorexia és bulimia csapdájába csalja és olyan egészségügyi rendszert támogat, amely ezeket az embereket a beteg szerepére ítéli. Ez az erőfeszítés emlékeztet a narratív terapeuta ragaszkodásához, hogy a probléma (és nem a személy) a probléma, és a domináns társadalmi diskurzusokban gyökerezik.

ÖSSZEFOGLALÁS

A narratív terapeuták arra koncentrálnak, hogy a kliensek hozzáférést nyerjenek életük és önzonosságuk előnyös történetvonalaihoz, a korábbi negatív, öndestruktív, zsákutcás narratívák helyett. A befolyásoló, de nem központi szerepű terapeuták segíthetnek nekik ezeknek az új történeteknek a megalkotásában és befogadásában, új feltevések felrajzolásában önmagukról, és hogy megnyissák magukat a jövőbeli lehetőségekre, újra komponálva történeteiket.

A gyorsan kiemelkedő narratív modell a poszt-strukturális gondolkodáson alapul, amely megkérdőjelezi a mély „igazságok” keresését és a megalapozó struktúrák reparálását. Az avított megállapítások dekonstrukcióját hirdeti, és helyettesítésüket olyan soktörténetű lehetőségekkel, amelyek csökkenthetik az addig domináló, csupa-gond történetek erejét. A terápiás folyamat felhívja a figyelmet a restriktív ön-narratívákra éppúgy, mint az intézményesült kulturális narratívákra, és ezek meghaladását célozza.

A narratív terapeuták számára nem a kliens nem egyenlő a problémával. A probléma a probléma. Ennélfogva a terápiás beszélgetések jellemzően annak externalizálásával kezdődnek. Bizonyos esetekben nevet adnak annak, ezzel még inkább külső erőként nevesítve. A terapeuta kérdéssel próbálja lebontani a régi felfogást, és megalapozni egy jövőbeli alternatív történetvonal „vastag” leírásait. A terápia során keresik az egyedi kimeneteket mint lehetséges utakat a fejlődő alternatív történetekhez. Amint a kliensek uralmat nyernek az életüket domináló, csupa-gond történetek sora felett, kezd bennük kialakulni, hogy vannak más lehetőségek is, nyílt végű, megvalósítható történetek. A változás alternatív narratívák alkotását igényli; ez az új történetvonal különféle eszközökkel gazdagítható, és hozzákapszolóható a jövő lehetőségeihez.

A definiáló ceremóniák, visszajelző csoportot vagy külső megfigyelőket használva, helyzetet teremtenek a narratívák elmondásához, segítenek elmondani és újra elmondani a történetet, segítve a klienseknek hitelesíteni preferált történeteiket. A terápiás levelek kiterjesztik az üléseket és a klienseket kapcsolatban tartják a kibontakozó alternatív történetekkel. A közösség-alapú szerveződések, mint például az Anti-Anorexia/Anti-Bulimia Liga, olyan polgárokat képviselnek, akik a kölcsönös segítség jegyében szövetkeznek, építenek egymás készségeire, és megpróbálnak politikai akciócsoportként cselekedni, hogy megváltoztassák problémáik romboló médiaábrázolásait.

16. fejezet

Pszichoedukatív modellek

A pszichoedukáció empirikusan megalapozott beavatkozás, amellyel információt közlünk a bajjal küzdő családokkal, megtanítva őket arra, hogyan fejleszthetik ki a zavart családtag vagy a problematikus családi kapcsolat megértésének és kezelésének készségeit. Azon családok számára, amelyekben szkizofrén tag él,⁵⁴⁴ vagy fizikai-szexuális erőszak dől fel,³⁹¹ vagy valamely tagja szer-ábúzással küzd,⁶²⁵ vagy a krónikus betegek családjai,⁶⁸⁴ vagy akik egyszerűen csak javítani szeretnék kapcsolati készségeiket,³⁵⁵ a pszichoedukatív programok bevezetése jelentős fejlődést képvisel az utolsó két évtizedben. Eltérően a fentebb áttekintett posztmodern és posztstrukturális megközelítésektől, amelyek a családterápia kortárs gyakorlatában kezdenek a középpontba kerülni, a pszichoedukatív irányzat nem restelt a korábbi, hagyományos módszerekre támaszkodva ellenőrizhető eljárásokat fejleszteni.

A pszichoedukatív megközelítések, hasonlóan az újabban előtérbe került technikákhoz, egy támogató, kollaboratív terapeuta-család partnerséget próbálnak építeni és fenntartani. Stresszkezelő, készségfejlesztő eljárásaik abban segítenek a családoknak, hogy a kiszolgáltatottság érzésétől hasznosítva erőiket és rugalmasságukat a tünethordozót és az egész családot befogó krónikus problémák kezelésében – eljussanak nehézségeik uralásáig. A pszichoedukáció tehát jellegében rendszerint segítő, irányultságában pedig a teljes, megterhelt és gyakran kétségbeesett családot célozza, nevelési/információs programokat nyújtva. Kevésbé súlyos témákkal foglalkozva, az ilyen programok készségfejlesztést ajánlanak, a családi kapcsolatok erősítésére, párok kommunikációjának javítására, a szülői/nevelőszülői felkészítésre. Bár szigorúan véve nem követik a szolikus családterápiás eljárásokat, alkalmazói sokféle tradicionális technikát hasznosíthatnak (kapcsolódás a családhoz, szövetség megalapozása, a neutralitás fenntartása, a pozitív eredményesség becslése stb.). Kíváncsiak, hogy a beavatkozások kézikönyvszerűen követhetők, megismételhetők legyenek, lehetőleg egy „hogyan csináljam” protokoll formájában,

amelyet valamennyi mentális egészségnevelő különösebben mély kiképzés nélkül is követhet.

A pszichoedukatív gyakorlatok nem vezethetők le valamely családelmélethez, és nem kötődnek egy adott technikához. Abból az igényből eredve, hogy mozgósítsa a családot a tartós stresszhelyzet megoldására, a megközelítés eklektikus, tapasztalati megalapozottságú és alkalmazza (többféle kombinációban, a családtól és annak körülményeitől függően) a rendszerelméletet, a kognitív viselkedésterápiát, a neveléslektant és a strukturális terápia elemeit; bizonyos esetekben pedig (például szkizofrénia fennállásakor) ezeket egybekötik a pszichofarmakológiai kezeléssel is. Az edukatív erőfeszítések általában arra nevelik a családokat, hogyan sokszorozhatják meg a hatékonyságukat a mentálisan vagy testileg sérült családtag érdekében, vagy a megromló családi kapcsolatok terén; vagy egyszerűen csak új probléma-megoldó technikákat sajátíthatnak el, így készulve a jövőbeli házassági vagy a szülő-gyermek kapcsolatok sikeresebb kezelésére.

CSALÁD ÉS A SÚLYOS MENTÁLIS BETEGSÉG

Egy családtag elmezavara a családra nézve pusztító, destruktív baj lehet, akár szét is szakíthatja azt, nem nagyon ad alkalmat a megnyugvásra.⁵¹² A szociális stigmához és a tágabb rendszerek részéről történő kiközösítéshez hozzáadódhatnak az otthoni zűrzök, anyagi nehézségek, foglalkoztatási problémák, a pár- és családi kapcsolatok feszültsége, sokszor a bajjal párosult testi esékenység és a lecsökkent szociális élet; ezek csak a legnyilvánvalóbb következmények.

Bánat és tartós elkeseredés, a beteg családtaghoz fűzött álmok és remények elvesztése, a visszaesésekkel és javulásokkal szegélyezett érzelmi hullámvasút, a potenciálisan káros vagy öndestruktív viselkedés, a család felkészületlensége a váratlan kihívással – ezek a családtagok szokásos tapasztalatai. Marsh⁵¹¹ szívbemarkoló leírása egy pszichotikus lány anyjáról:

A problémák a lányommal olyanok, mint a mindent elnyelő fekete lyuk – csak ez bennem van. A bánatom és fájdalom néha annyira eleven volt, hogy alig éltem túl a napot. Mint egy gyászfolymat, az elvesztése annak a lánynak, akit 18 éven keresztül szerettem, és akiben annyira lehetőség volt. (10)

Egyetlen ilyen család sem tudja elkerülni a családtag mentális zavarának következményeit, olykor a szétesést. Ezért is annyira hasznos a legtöbb esetben tanácsot, felkavart családok megtanítása arra, a közösségekben^{*} hogyan és kitől kaphatnak mentális támogatást, jóléti segítséget, orvosi, esetleg jogi szolgáltatást.⁴⁸⁶

A pszichoedukatív vállalkozásnak általában része a helyzettel járó mindennapi stressz kezelése problémamegoldó tréningekkel, amelyekben egy vagy több családtag is bevonható. Így az adódó extrém feszültségek levezetése mellett egyben figyelni lehet a visszaesésekre is. Egyidejűleg próbálják biztosítani, amennyire csak lehetséges, hogy a családtagok őrizzék meg a saját életvitelük integritását. A fő terápiás feladat a család kompetenciájának és rugalmasságának helyzetbe hozása, és hogy a tagjai együtt tanulják meg azokat a technikákat, amelyek révén uralhatják a viszonytárságokat és konstruktív módon változhatnak.

A SZKIZOFRÉNEK CSALÁDJAINAK EDUKÁLÁSA ÉS TÁMOGATÁSA

Az érdeklődés a súlyos elmezavarok családi kezelése iránt az utóbbi 40 évben igen hullámzó volt. Az 50-es évek végén, a 60-asok elején úgy hírlt, rátaláltak arra, hogyan járulnak hozzá családi tényezők a szkizofrénia kialakulásához és fennmaradásához. A korabeli koncepciók, mint a szkizofrénogén anya, a kettős-kötéses kommunikáció, a pseudo-kölcsönösség, a szakadár- és látszatharmónia-családtípusok, izgalmat keltettek a családterapeuták közösségében, mint a zavart magyarázó új paradigmák (lásd 5. fejezet). Az 1970-es évek közepével és a korai 80-as években zajló iker- és örökbefogadási vizsgálatok nyomán halmozódó bizonyítékok hatására a szkizofrénia lehetséges genetikai kapcsolatáról, és az erősödő felismerés, hogy igaztalanul vádolták a családot a zavar „okozójaként”, a családterapeuták jórészt sietősen kihátráltak a súlyos pszichózisokkal való foglalkozásból.

A szkeptikusok mindig is tagadták, hogy a szkizofrénia családi kezelése önmagában hatásos lehetne. A 90-es években azonban, a szkizofréniát most már biológiai sérülékenység talaján keletkező zavarnak tartva, sok

* Az Államokban National Alliance for the Mentally Ill elnevezéssel (több mint 1000 ki- rendeltséggel) létezik egy különösen fontos információs, edukációs és támogató hálózat. A típuság szakemberekből, a mentális betegek hozzátartozóiból és elkötelezett laikusokból áll. A szervezet egyrészt pártfogói csoport, másrészt figyeli az érintett szolgálatok működését, és támogatja a területen folyó kutatást.

családterapeuta ismét elkezdett dolgozni olyan szkizofrénekkel, akiket azelőtt kórházba vittek. Már nem tekintve a családi diszfunkciót kiváltó oknak, és nem abban gondolkodva, hogy a családterápiás beavatkozás „gyógyulást” nyújthatna, a terapeuták olyan módszerek kifejlesztésére koncentráltak, amelyek segítségével megelőzhető a korábbi páciensnél az akut pszichotikus epizódok és a kórházi kezelés. Mint Steinglass⁷⁹ megjegyezte,

a pszichoedukatív terápiát (gyógyszeres kezelés mellett) ma a major pszichózisok korszerű kezelésében kötelező elemnek tekintik.

Az ilyen edukatív alapú beavatkozások figyelemre méltó példája a Carol Anderson pszichológus és mtsai³⁴ (Western Psychiatric Institute, Pittsburgh, Pennsylvania) által kifejlesztett eljárás, amely a terapeuta és a család kollaboratív vállalkozását ajánlja, nemcsak a beteg családtaggal való együttélés nehézségeit, hanem a hospitalizációk gyakoriságát is csökkentve. Mint jelentős hatású könyvük³⁴ előszavában kifejtik:

Hibáztattuk egymást, magukat a betegeket, a szüleiket, nagyszüleiket, a hatóságokat, és az egész társadalmat a betegséggel járó rettenetes megpróbáltatásokért. Amikor kimerült a remény és az anyagiak, a szkizofrén pácienseket gyakran kitéptük a családjukból, kitéve őket a különféle emberi raktárak, éjjeli menedékhelyek, és újabban a nagyvárosok sikátorai terrorjának. (vii)

Tapasztalataikból végül az a megfigyelés vezetett a pszichoedukatív megközelítés vállalásához, hogy az osztályon rendbe jött szkizofrének a család felügyeletébe bocsátva igen gyakran visszaestek. A család volt ebben a hibás? A páciens hagyta abba a gyógyszereszedést? Családterápiára lett volna szükség a lappangó, toxikus belső dinamika feltárására? A kutatók felismerték, hogy a visszaesés elhárítását célzó addigi beavatkozások, beleértve a családterápia hagyományos formáit is, a legtöbb esetben sikertelenek maradtak. A családon belüli okok körül kutakodó hagyományos terápia csak bűntudatot és háritást keltett, és vagy kudarcra, vagy még rosszabbul, visszaesséssel végződött, amint a terapeuta próbálta megváltoztatni a családi dinamikát. Andersonék szerint a terapeuták által kedvelt erős töltésű érzelmi cserék szkizofrénia esetében ténylegesen antiterápiás hatásúak. Így a szokásos fókusz helyett (a család hatása a szkizofrénia), a figyelem homlokegyenest ellentétes irányát javasolták: hogyan hat a szkizofrénia a családi életre.

A család hibáztatását mellőzve – és felhagyva azzal, hogy mindenképpen valamilyen okot vagy bűnt kell találni valahol – hozzáfogtak annak gyakorlati kivitelezéséhez, hogy minden családnak segítsenek, köztük a páciensnek is, a családi működés akadályainak leküzdésében. Tehát ahelyett, hogy tünetek forrása és lebénító tranzakciók után kutattak volna, egy tárgyilagosabb megközelítéssel a családokat arra tanították, hogy megküzdjenek „azzal a pusztító hatással, amint naponta látják a gyermekük leromlását, valaki majdnem idegenné és a legteljesebb mértékben mindenre alkalmatlanná”.³⁴³ Tehát nem elszámoltatni akarták a családot a betegség miatt, hanem elismerték azt a nagyon súlyos stresszt, amely teljesen kimerítette őket – és fogékonyá különféle működésképtelen minták felvételére. A káros belső kapcsolati minták kutatása és feltárása helyett (amelyek egyébként sok esetben valóban léteznek) most támogatást nyújtottak, megtanítva őket olyan felerősítő technikákra, amelyek mérséklék a feszültséget és a kint és csökkentik a visszaesés valószínűségét.

Andersonék kutatási eredményei³⁴ azt jelezték, hogy a családterápia és a szociális készség-tréning kombinálása sokkal hatásosabb volt a kórházi elbocsátást követő egy éven belüli pszichotikus romlások megelőzésében (0% esett vissza), mint a családterápia önmagában (19% visszaesés), vagy az egyéni viselkedésterápia (20% visszaesés), vagy a gyógyszeres kezelés és gondozás együtt.

A pittsburghi csapat (Carol Anderson, Douglas Reiss, Gerald Hogarty) munkája, más, hasonlóan gondolkodó klinikusok-kutatók (mint például Michael Goldstein,³²¹ UCLA, Ian Falloon és mtsai²⁴⁹ a Dél-Kaliforniai Egyetemen; David Miklowitz,³⁶⁵ Colorado Egyetem) kezdeményezéseivel együtt jó példái azoknak a családcentrikus programoknak, amelyek a legutóbbi években bontakoztak ki, a rövidebb időtartamú intézeti kezelésekre teremtette helyetere reagálva. Mivel a szkizofrén és bipoláris pácienseket gyakran már a pszichotikus tünetekből éppen csak kijutva elbocsátják, sokszor a családjuknak kell megbirkózniuk a közösségbe visszatérés buktatóival. A pszichoedukatív fókusz, tehát, a szkizofrén betegek a családi működésre gyakorolt hatására irányul, és nem fordítva.

A jellemzően erősen tagolt pszichoedukatív programokat a társadalmi „számla” kiegyenlítésére tervezték – a közösségi gondozás részeként –, hogy képezzék a pácienseket és a családjaikat a betegség természetét, lefolyását, prognózisát és pszichobiológiáját illetően. A „túlélő készség-mihely” közvetlenül a mindennapos családi aggodalmakra irányul: ho-

gyan lehet határt szabni, teljesíthető feladatokat adni, az irreális elvárásokat megfogni, mindezt koordinálni a fenntartó gyógyszereléssel – és vég eredményben megelőzni a visszaesést. Az ilyen költségkímélő, közösségi alapú kezelés egyik következménye az, hogy a részlegesen rendeződött páciensek szorosabb kontaktusba kerülnek a családtagjaikkal.³²² Amennyiben sikeres, a beavatkozás eredményeként fokozódik az együttműködési készség és csökken a visszaesés aránya.

Ma már a legtöbb terapeuta azt vallja, hogy a szkizofréniának nem a családi diszfunkció az oka. A betegség – mint genetikai és/vagy biológiai, a leghatékonyabban antipszichotikumokkal, tehát gyógyszerrel kezelhető zavar – a jól működő családokban éppúgy előfordul, mint azokban, ahol nagyon torz a családműködés. Mindazonáltal a családi élet környezeti tényezői szerepet játszanak a szkizofrének visszaesési arányában. A pszichoedukáció eredményei azt bizonyítják, hogy a családtagok képzése a betegség természetéről és konkrét megküzdő készségek megtanítása lényeges kiegészítése a gyógyszerelésnek. Az antipszichotikumok és a pszichoedukatív beavatkozások kombinálása olyan terápiás csomag, melynek nyomán csökken a családban a feszültség és megelőzhető a beteg családtag tüneti visszaesése.

A család, ha nem hibáztatják vagy nincs megszegyenítve, amiért egy tagjánál ez a baj alakult ki, fogékonyabb az ilyen integrált kezelési programok iránt. Ez is besegít a jobb együttműködésbe; a hajlandóság tovább növelhető, ha meggyőzhetők arról, hogy ezek az erőfeszítések segítenek fognak nekik csökkenteni a belső feszültségeket, és ezzel a relapszus keltethető, illetve a mértéke enyhíthető.

Az érzelemkifejezés (EE) szintje és a szkizofréni

Bár a szkizofréni okai még nem teljesen felderítettek, a kutatók kezdnek előrehaladni a családi interakció és a betegség folyamatának összekapcsolásában. A kutatás egy biztató területe a szkizofréni személyi családi környezetében meglévő stressz vizsgálatát érinti, különösen azt, ahogyan a tagok kifejezik a kritikát és ellenségeséget egymás iránt, miközben érzelmileg túlzottan egybefonódnak. A londoni Institute for Social Psychiatry munkatársai által végzett vizsgálatok kezelés után hazabocsátott szkizofrének¹³⁶⁻⁷ arra utaltak, hogy a visszaesés valószínűsége és a

* Nyilvánvalóan nem minden család elég fogékony. Néhány elutasítja a kezelési próbát, közösköket, tagadásból, vagy mert makacsul úgy vélik, bármiféle beavatkozás nyilvánosan felhívja a figyelmet a kórosságukra. Néhány család a szociális stigmától tart.

családban tapasztalható intenzív érzelemkifejezés között kapcsolat van. Ez az adat ellentétben volt az akkor uralkodó felfogással, miszerint a visszaesés a páciensek viselkedésének tudható be, akik a felügyeletük megszűntével megszakítják a gyógyszeresedést.

A kifejezett érzelmek (EE) elmélete felveti, hogy a szkizofréni olyan gondolati zavar, amelyben az egyén különösen sebezhető és egyben nagyon fogékony az intenzív negatív érzelmek kifejezésére. A kutatók úgy érvelnek, hogy talán affektív tényezők magyarázzák a visszaesést: a páciens az ilyen kommunikációba sikertelenül próbál bekapcsolódni. Vagyis, amikor a rendbe jött betegeket olyan stresszes otthoni környezetbe küldték vissza, amelyben az EE szintje különösen magas volt – tolatkodó, érzelmelteltett, főként negatív és hiperkritikus közlések a páciens nyíltan zavart viselkedéséről –, olyan heves készenléti reakció alakul ki bennük, amelyet hamarosan követ a tünetek újbóli megjelenése, azaz a visszaesés. Más a helyzet azoknál a hazakerült pácienseknél, ahol az otthoni környezetben alacsony EE található. Miközben a családtagok itt is figyelnek a beteg zavart (és zavaró) viselkedésére, reakcióikban nincs feltűnő zaklatottság; ezzel több pszichológiai teret engednek neki.⁴⁸⁵

A kifejezett érzelmek talán a leghitelesebb indikátora a szkizofréni relapszusnak.³⁶⁴ A felmérések jól mutatják, hogy a szkizofréniával való megküzdésben segített családokban az EE értéke csökken.³³ Az EE-ben mért csökkenés a depresszió bizonyos fajtái és a bipoláris zavarok esetében is párhuzamos a visszaesési aránnyal.³⁹³ Miklowitz³⁶⁴ szerint:

A család kockázati vagy protektív tényezőként tekinthető, és csökkentheti vagy növelheti annak valószínűségét, hogy egy családtagnál a mögöttes genetikai és/vagy biológiai esékenység mentális zavar tüneteiben fejeződjön ki. (194)

A családi stresszre és a páciens biológiai sérülékenységre vonatkozó vizsgálati vonal sok kutatást serkentett, azzal a céllal, hogy a visszaesési arányok csökkentése érdekében hatékony utógondozó programokat fejlesszenek ki. Ezeket kombinálni lehet a páciens gyógyszeresedési együttműködésének biztosításával.³²³ Falloon és mtsai²⁴⁹ viselkedésterápiás elvű családi utógondozó tervet ajánlanak, párhuzamosan a gyógyszereléssel, amely a negatív affektus csökkentését célozva, ennek megfelelően a páciens szociális működésének emelésével redukálja a visszaesés valószínűségét. Anderson és mtsai³⁴ pedig olyan programmal kísérleteznek,

amelyben a családra irányzott pszichoeducáció kiegészíti (de nem helyettesíti) a szkizofrén családtag gyógyszeres kezelését.

Eltérően a szkizofrénekkel dolgozó korai családterapeutáktól, Anderson és munkatársait nem annyira a diszfunkcionális rendszer „megjavítása” érdekelte (még mélyebbre hatolva a családi dinamikába), hanem egy nem ítélezhető tanulási környezet létrehozása, amelyben a családok javíthatják jártasságukat a zavart családtag megértésében és kezelésében.

A terápiás eljárás

A családi pszichoeducáció két formátumot követ: munka az egyes családokkal külön-külön,³⁴ vagy több családdal egyidejűleg.^{34,4} Az előbbiben Anderson és mtsai egy strukturális terápiára emlékeztető, szakaszokra bontott eljárást írnak le, amely a család bevonásával kezdődik, jellemzően a betegség akut időszakában.

Elnyerve a család együttműködését, összeállítják a pszichoeducatív programot – ez rendszerint egy teljes napra terjedő „túlélő műhely” (*Survival Skills Workshop*) – ennek keretében képzést adnak az adott mentális zavar elterjedtségéről, lefolyásáról, biológiai okairól, a gyógyszeres és pszichoszociális kezelés elérhető lehetőségeiről, a fontosabb gyógyszerekről és a prognózisról. Megbeszélnek a páciens és a család igényeit, és a családi megküzdés stratégiáit. Általában itt szólnak az EE témájáról, és próbálnak körvonalazni néhány alapvető viselkedési elvet az EE kontrollja érdekében, ami levehető a nyomást a páciensről, hogy most azonnal kezdjen normálisan viselkedni. Mivel a szkizofrének általában érzékenyek a túlingerlésre, a családot arra ösztönzik, hogy tisztelve a határokat, engedjék elvonulni beteg tagjukat, ha szükséges. Az egyéni határoknak ez a tisztelete később kiegészül a generációs határok megerősítésével, amivel igyekeznek a szülőket jobban összekötni egymással, és elérni, hogy ők együtt hozzák a döntéseket, és ne a páciens kontrollálja azokat.

Amikor a páciens visszatér szociális környezetébe, elkezdődnek a rendszeres, általában hetente tartott ülések (egy éven át, de néha tovább is). Ebben az időszakban a cél a stabilitás a kórházon kívül. A páciensek kisebb feladatokat kapnak, a haladásukat követik. A terapeuta-csapat ezt az időszakot jellemzően arra használja, hogy a figyelmet a család struktúrájára fordítsa, ami változhatott is, alkalmazkodva a páciens visszatérésehez. A rehabilitáció befejező fázisát arra használják, hogy megszilárdít-

sák az elért eredményt és emeljék a páciens működési szintjét. Andersonéknál a hangsúly a határokon, a hierarchián, és az alrendszernek integrálásának fenntartásán van, tükrözve a strukturális családterápia elveit.

McFarlane⁵⁴³ több családot szimultán kezelő verziója a *többszörös családterápia* hagyományának köszönhető. Ezt eredetileg,⁴⁷⁷ a 70-es években azzal a céllal hozták létre, hogy valamiképpen megtoldják a páciensek pszichiátriai felügyeletét; és hordozott egyféle szociális támogató jellegűt, hogy az ilyen problémával küzdő családok ne izolálódjanak. Ez „támadt fel újra” a pszichoeducáció gyakorlatában. Informatív előadásokat és megbeszélő-educatív műhelyeket tartanak egyszerre több, átlag 5-6 családnak, pácienseknek és hozzátartozóiknak. Ezek a találkozások rendszerek és legalább egy éven át tartanak. A többszörös családi üléseknek ez a rendszere fokozott szociális támogatást is nyújt a családoknak.

A 16.1. keretben összefoglaljuk a rehabilitációs célú pszichoeducáció tipikus vezérelveit, szkizofrén processzust követően (melyek egyébként bármely poszttraumás helyzetben tanácsolhatók a család támogatására).

A pszichoeducatív beavatkozások célja korlátozott; inkább csak tüneti enyhítés, mint gyógyítás. Mindenesetre egy csendes, nyugodt, stabilabb környezetet nyújtanak, amelyben a családtagok nem érzik, hogy kritizálnak vagy hibáztatnák őket. Elkezdhetik megtanulni azokat a megküzdő technikákat, amelyekkel a szkizofrén családtaggal való együttélés nehéz és várhatóan hosszán elnyúló feladatait (benne a relapszusok megelőzését) kezelni tudják.

A szkizofrén taggal bíró családok pszichoeducációjának hatékonyságát áttekintve,³²² az eredményeket kedvezőbbnek találták, mint a szokásos rutinszerű gondozást (ami lényegében gyógyszerelést jelent, valamint krízismentesítést, ha szükséges). A családi szintű beavatkozások hatékonyabbak voltak, mint az egyéni vagy a készségfejlesztést támogatók (az összehasonlító felmérések általában két éves időszakban mérték a relapszusok számát, valamint a szociális funkciók változását).

AZ ORVOSI CSALÁDTERÁPIA

A szkizofrén relapszus megelőzésének leghatásosabb módja, mint fentebb kiemeltük, az antipszichotikus gyógyszerelés és a pszichoeducáció kombinációja. Ha a diagnosztizált szkizofréniát krónikus zavarnak tartjuk, akkor a beavatkozásoknak ezt a vegyes, orvosi/pszichológiai készletet orvosi családterápiának tekinthetjük, egy interdiszciplinárisan koordi-

16.1. Klinikai megjegyzés Pszichoedukatív irányelvek a szkizofrén beteg családja és barátai számára⁵⁴¹

Az alábbi teendők követése megkönnyíti a nehézségek megoldását:

1. A felépülés lassú, időigényes. Fontos a pihenés biztosítása a páciensnek. A dolgok jobbak mennek a saját tempójukban.
2. Fontos a nyugalom, a tónus megőrzése, a lelkesedés szinten tartása. A vita normális, de a mértékét kontrolláljuk.
3. Adjunk elegendő teret a páciensnek. Időnként az elvonulás mindenkinek szükséges; mérlegeljünk gondosan, mikor indokolt ez, és mikor lehet visszautasítani.
4. Szabjunk megfelelő korlátokat. Minden érintettnek ismernie kell, mik a szabályok. Kevés, de átgondolt, jó szabály simábbá teszi a dolgokat.
5. Tekintsünk el attól, amit nem tudunk megváltoztatni; néhány ilyen dolog még elcsúszhat. Ám ne hagyjuk figyelmen kívül sem az erőszakot, sem a drogozást.
6. Intézzük a dolgokat egyszerűen. Mondjuk ki, amit egyértelműen ki kell mondani, de nyugodtan és határozottan.
7. Kövessük az orvosi rendelkezéseket. Tartsuk be az előírt gyógyszerelést, és csak azt.
8. Menjen az élet a szokásos mederben. Állítsuk helyre a családi rutin életvitelt, amilyen gyorsan csak lehetséges. A páciens maradjon érintkezésben a családdal és a barátjaival.
9. Ne tőrjünk semmiféle drogozást vagy italozást. Mindkettő rontja a tüneteket.
10. Vegyük észre a korai jeleket. Figyeljünk a változásokra. Ha szükséges, ne habozzunk tanácsot kérni az orvostól.
11. A problémákat lépésről lépésre oldjuk meg, fokozatos változtatásokkal. Egyszerre csak egy dolgot tegyünk.
12. Időlegesen szállítsuk lejjebb az elvárásokat, szabjuk azt az illetőhöz. A helyzetet inkább az előző hónappal vessük egybe, és ne az egy évvel azelőttivel.

nált erőfeszítésnek valamely krónikus betegség, trauma vagy fogyatékoság kezelésére. Általában a cél itt nem annyira a „gyógyulás” elérése, hanem a család segítése a kialakult helyzettel való megküzdésben, a gyógy-szerelés körüli konfliktusok csökkentésében, a jobb kommunikáció kialakításában a szakemberekkel, a gyógyíthatatlanság tényének elfogadásában, és talán még az életstílus konstruktív változtatásaiban.⁵⁴¹

Ez a családterápiás modell a családi kapcsolatokat és a család egészsége köztes területével foglalkozik. Felváltja azt a hagyományos orvosi modellt, amely kizárólag a betegre összpontosít, miközben ténylegesen a

16.2. Klinikai megjegyzés A szokásos családi alkalmazkodás a krónikus betegséghez⁵⁸⁷

1. Változás a családi szerepekben. A beteg többé már nem képes vinni a szerepét, háztartásbeli dolgait, emellett az ő gondozására is többet kell fordítani.
2. A gondviselők fizikai és érzelmi kimerülése. További támogatás nem érhető el, és a gondviselőkben büntudat támad az érzéseik miatt.
3. Anyagi nehézségek. Ez különösen drasztikus, ha a beteg volt a fő kenyérkereső, esetleg éppen ebbéli potenciálja teljében volt.
4. Alkalmazkodás a kezelési rezsimhez. Ez az egyszerű diétás megszorításoktól az időigényes utazásokig terjed (kezelésekre, kórházba), igen kevert érzésekkel.
5. A betegségre vonatkozó kommunikáció. Eltérő elképzelések vannak arról, mit, mennyit és hogyan lehet feltárni a beteg vagy mások előtt (külön teher, ha az a közösség előtt szégyenletes, mint az AIDS vagy az elme-zavar).
6. Megküzdés a többszörös veszteséggel, ahogyan a betegség előrehalad.

család a gondoskodás sarokpontja. A megküzdés és az alkalmazkodás a családi rendszer erejére alapozódik. Ebből a friss perspektívából tekintve, a biológiai beavatkozások mellett a pszichoszociális tényezők fontos szerepet játszanak a gyógyításban.⁵⁸¹ 1983 óta ennek az irányultságnak szakfolyóirata is létezik, a *Family Systems Medicine* (amelyet nemrégiben *Families, Systems, and Health* névre kereszteltek), hogy még jobban tükrözze a szélesebb egészségfenntartási kitekintést.

Az irányzat hívei azt emelik ki, hogy az egészséggondozás fő társas területe a család; ennek megfelelően, ami a családban történik, elkerülhetetlenül befolyásolja egy adott családtag egészségi állapotát. Egyidejűleg az orvosi családterápiát kezdik lelkesen befogadni a családterápia széles családjába. A fizikális betegség kezelése során alkalmazott családi beavatkozások hatékonyságának kutatása megfelelő szerephez juttatja az orvosi családterápiát az egészségügyi rendszerben.¹⁴⁶

Az orvosi családterápiában először is elfogadják, hogy a betegség egyszerre több szinten – biológiai, pszichológiai, szociális és személyközi – jelentkezik, azután beavatkozásokat terveznek valamennyi szinten. A rochesteri egyetemen dolgozó belgyógyász, George Engel²²⁸ volt az első, aki kiállt az orvosi problémák integrált, biopszichoszociális megközelítése mellett. Úgy érvelt, hogy a beteget és a betegséget egymás környezetében kell megérteni; hogy a családokat be kell vonni az orvosi ellátásba; és hogy minden rendszert egyenlőnek kell tekinteni. Ennek a széles biopszichoszociális szemléletnek a felbukkanása leginkább ellenreakció

az egészségügyi problémák megértésében és enyhítésében korábban uralkodó redukcionista, kizárólag biológiai orvosi modelle. ⁵³⁹

A családközponitű egészségügyi ellátás ajánlásában, a családterápia és a családközponitű orvoslás összekapcsolásában továbbmenve a pszichológus Doherty és a családorvos Baird ⁵⁰⁸⁻⁹ az orvos bevonódásának öt szintjét különböztette meg: (a) minimális vagy nulla bevonódás; (b) a családtagokat rendszeresen informálja a kezeléssel; (c) további segítséget ajánl; (d) beavatkozást tervez; és (e) családterápiát nyújt.

1992-ben két további pszichológus, Susan McDaniel (New York) és Jeri Hepworth (Connecticut), valamint Doherty, akik mindhárman az orvosi alapellátásban dolgoztak, az *orvosi családterápia* fogalmát megújítva, azt „orvosi problémával kezelt egyének és családok biopszichoszociális ellátásának” nevezték. ⁵⁴⁰ Különösen arra hívták fel a figyelmet, hogy a betegség nemcsak a beteg személy életére hat ki elkerülhetetlenül, hanem a családi kapcsolataira is. Az ő könyvük volt az első, amelyikben a biopszichoszociális és a rendszer-perspektívákat kombinálva új szerepeket írtak le a családterapeuták számára, a különféle orvosi és más egészségügyi felállásban.

A családterápiának ebben a gyorsan fejlődő területén további vezető személyiség még két pszichiáter; John Rolland ⁶⁹⁰ alapította a chicagói családorvosi központot (Center for Family Health) és kifejlesztette egy kezelési modellt a krónikus és életveszélyes zavarok családi hatásaival kapcsolatban, illetve az Engel-tanítvány Thomas Campbell, aki Rochesterben (New York) működik, főként a rendszerelmélet és a családorvoslás összekapcsolásán munkálkodva. ¹⁴⁵⁻⁶

Pszichoszociális tényezők és egészség

Egyetlen orvosi-biológiai esemény sincs pszichoszociális következmények nélkül. A pszichoszociális perspektívát hangsúlyozva egy sor krónikus zavar megértésében, a betegség és a család rendszerszemléletű kölcsönhatása alapján Rolland ⁶⁹⁰ egy hasznos modellt ajánl. Azt állítja, hogy a betegség (daganat, cukor- és szívbetegség, AIDS stb.) pszichoszociális követelményei és a család szokásos működési stílusa közötti „passzolás” jósága és a család erőforrásai a fő meghatározói annak, mennyire képesek az érintettek családként alkalmazkodni a helyzethez. Hangsúlyozza a családi hiedelemrendszer jelentőségét (beleértve az etnikai, kulturális, nemi kérdésekhez kapcsolódókat is). Ha a család hiedelemrendszere nagyon elüt az ellátásukban dolgozóktól, visszautasíthatják vagy szabotálhatják a kezelést.

Rolland pszichoedukatív modellje kihangsúlyozza, mennyire fontos vizsgálni a kölcsönhatást a betegség/rokkantság jellemzői (hirtelen vagy fokozatos kezdet, súlyosság, kiszámíthatatlan vagy egyenletes romlás,

16.3. Klinikai megjegyzés A betegség pszichoszociális típusai

Elmozdulva a szigorúan biológiai kritériumokon alapuló standard betegség-klasszifikációtól, ehhez Rolland ⁶⁹⁰⁻¹ egy szélesebb pszichoszociális dimenziót tesz hozzá, a krónikus betegség és a család viszonyát illetően. Ebben a „pszichoszociális betegség-tipológiában” az alábbi kategóriákat ajánlja:

Kezdet. Lehet hirtelen/akut (pl. egy agyvérzés), vagy fokozatos/krónikus (pl. Alzheimer-kór). Az előbbi a család kríziskezelő készségét igényli, az utóbbi a hosszú távú tervezést és a szerepek átigazítását.

Lefolyás. Ebben három fő jelleg lehetséges: (1) progresszív romlás (pl. tüdőrák), itt a szerepek folyamatos változása, az új és újabb veszteségek elviselése és az egyre szükségesebb gondozás terheli a családot; (2) a kezdeti felépülés után fennmaradó állandó korlátozottság (pl. szívroham), itt a családnak a tartós változáshoz kell alkalmazkodnia; és (3) a gyakori visszaesésekkel vagy epizódokkal járó betegség, közben tünetmentes és feljavuló időszakokkal (pl. asztma), ilyen esetben a családot a krízis/nem krízis bizonytalanságai és átmeneti viselik meg.

Kimenetel. Ez lehet végzetes (pl. átütés rák), jóindulatú (pl. influenza), az élet megrövidülését hozó (pl. szívroham), reménytelen (pl. nem operálható agydaganat), váratlanul halálos (pl. vérzés/kenység). A családnak minden esetben meg kell tanulnia együtt élnie azzal, ahogyan a betegség érinti az egyén életét. A különféle családi reagálások a várható gyász és veszteség sokféle fokozatát képviselik.

Rokkantság. Van értelmi (pl. Alzheimer), érzékszervi (pl. vakság), mozgásbeli (pl. bénulások), a külsőre vonatkozó (pl. mell-levételt), vagy szociális stigma (pl. AIDS). A családnak alkalmazkodnia kell a jövedelem csökkenéséhez/elvesztéséhez, a szerepek áttevődéséhez, az elérhető támogatások működéséhez, a korábbi társas referencia-csoporttól való elszigetelődéshez.

Rolland tipológiája a kezdetre, lefolyásra, kimenetelre és rokkantságra vonatkozó adatokat egy folyamathoz rendezi (pl. a tüdőtágulás esetében: fokozatos kezdet, progresszív romlás, rokkantság után fatális kimenetel; gerincvelő-sérülés: hiperakut kezdet, állandósult károsodás, rokkantság, nem végzetes lefolyás). Néhány betegségnél a folyamat megjósolható (pl. az Alzheimer-kór esetében), míg mások lefolyása egyenletlen és kiszámíthatatlan (pl. a szklerózis multiplex korai stádiuma). Ez utóbbi esetben a jövő tervezését a kétértelműség és a reménykedés gátolja. A betegség mindenképp fázisa sajátos pszichoszociális igényeket és fejlődési feladatokat támaszt, jelentősen eltérő hozzáállást, erőfeszítést vagy változást követelve a családtól. ⁶⁸¹

végző kimenetel) és a család minőségei (életciklus, erőforrások, rugalmasság, a beteg családi szerepe, hiedelemrendszer stb.) között. Ezeket mind számításba kell venni, amikor az orvos segít a családnak, hogy az megértse a helyzetet, újrászerveződjön, időben döntsön és mozgósítsa minden erejét, a betegség által hozott változásokkal foglalkozva. A krónikus betegeket és családjaikat támogató családcsoporthoz gyakran képviselnek értékes pszichoedukatív hozzájárulást; ezek igazíthatók akár adott betegséghez (például, leukémia), a lefolyáshoz (például stabil vagy progresszíven romló, esetleg visszaeső típusú), vagy a betegség kritikus fázisaihoz.⁷⁷⁵

Kollaboratív családi egészségügy-gondozás

Rolland és mások¹⁶⁸ munkássága nyomán 1993-ban családterapeuták, orvosok és ápolók, valamint az érintettek képviselői együtt létrehoztak egy szövetséget (*Collaborative Family Healthcare Coalition*).⁹⁴ Ennek a családközpontú kezdeményezésnek ma már szerte az Egyesült Államokban és Európában is vannak területi képviselői. Alapvetően kommunikációs hálózat, amely az információk terjesztésével a hagyományos, orvosközpontú egészségügy-gondozást egy családközpontú modellel kívánja integrálni. Ez a pácienseket, a családokat, a közösséget és az egészségbiztosítókat egy nagy ökoszisztéma illetve a gondozási folyamat egyenjogú résztvevőinek tekinti. Szemben a hagyományos, szakaszokra oszló, és igen gyakran pazarló kezelési szisztémával (feleslegesen ismételt diagnosztikai eljárások, szakmák szerinti elkülönülés, drága specialisták stb.), a koalíció arra törekszik, hogy segítsen kialakítani egy kollaboratív, családközpontú egészségügy-gondozási paradigmát.

Ennek az átfogó modellnek sarokköve a résztvevők együttműködése.⁵³⁸ Ideális esetben a családterapeuta, a háziorvos, a családlátogató nővér, a rehabilitációs specialista és más szakértők csapatként dolgozhatnak, felvállalva egy széles biopszichoszociális rendszerperspektívát, a krónikus vagy életveszélyes bajokkal, rokkantsággal stb. küzdő családok érdekében. A családszintű beavatkozások az életmódváltozás (dohányzás abbahagyása, testsúly-kontroll, egészségesebb diéták) viszonylag új területét képviselik a pszichoedukációnak.

Klinikai feljegyzés

A súlyos betegségekkel naponta foglalkozni – magányos és kemény feladata a terapeutának. A felelősség (és a gondozás más hozadékainak) megosztása más szakemberekkel és a családdal gyakran alapvető a kiegészítő elterelésében.

Családterapeuta–orvos társulások

A partnerség családterapeuta, orvos, ápoló és rehabilitációs specialista között az átfogóbb egészségügy-gondozás érdekében azt igényli, hogy fogadják el egymás nyelvezetét, terápiás feltevéseit és munkastílusát.⁹ Ezek sokszor ütköznek egymással. Pedig a kölcsönös edukációnak komoly előnye például, hogy az orvos ismeri a betegség okait, lefolyását, prognózisát, míg a családterapeuta az érintettek betegség-élményéről tudja tájékoztatni a többi szakembert; ennek nyomán talán jobban feltárható, hogyan lehetne minimalizálni a beteg és a család szorongásait, és fokozni a részvételüket a saját gyógyításukban.⁵³⁸ A családterapeuta a családnak azzal segíthet, hogy megvizsgálja hiedelemrendszerüket, és ha gyenge az együttműködésük, annak okait. Más esetben az egészségügyi ellátás túlhasználatát kell szemügyre venni. Az összedolgozás további pozitív eredménye lehet, hogy a nem-orvos terapeuta kevésbé siklik át valamely fontos biológiai tényezőn. És fordítva: ha az orvos konzultál családterapeutákkal, szociális munkásokkal, kevésbé ismeri félre a pszichoszociális vonatkozásokat. A család érzelmi igényeihez fordulás gyakran járul a mentálhigiénés szakemberre, ezzel viszont felszabadítja a sebészt, hogy jobban összpontosíthasson csak az orvosi kérdésekre.

Az orvosi családterapeutáknak a főbb súlyos betegségeket és rokkant-állapotokat éppúgy ismerniük kell, mint azok érzelmi következményeit és az ellátórendszert. Az orvosoknak meg kell érteniük, és elfogadniuk a segítségüket, és nem érezhetik ezt gyógyítási felelősségük csorbitásának. Bár gyakran vannak csaták, ez az egyre inkább terjedő partnerség az egészségügy-gondozás holisztikus, ökoszisztémás megközelítését ajánlja.

* A hagyományos orvosi stílus akció- és utasítás-orientált, és az orvos dominanciáján alapul; a mentális gondozás viszont inkább a folyamatra irányul, serkentő, páciens-központú. További nyilvánvaló különbség a páciensre vagy a családra fordított idő, ami az orvosnál valószínűleg nem hosszabb 10, ritkán 20 percnél, a legtöbb tempotánál viszont eléri az 50-60 percet.

RÖVID EDUKATÍV PROGRAMOK

A pszichoedukatív megközelítés olyan párokra/családokra is kiterjeszthető, ahol nincs tünethordozó személy, de szeretnének nagyobb jártasságot szerezni, vagy bizonyos, például a mindennapi kapcsolattartásban vagy konfliktusokban használható stratégiákat megtanulni. Sokan azt kívánják megtudni, hogyan kerülhetnének el bizonyos gubancok, például egy közelgő házasságban vagy az újraházasodáson gondolkodva. Ezekben a helyzetekben a terapeuta, vállalva a modern felfogást, nem a diagnózist és a kezelést tudó szakértő, hanem inkább facilitátor, az arra szorulóknak készségeinek fejlesztésében. A beavatkozások ide tartozó, sikeres formái rövidiek, gyakorlatiasak, pozitív tónusúak. Ilyen programok fejlesztésére alakult 1996-ban a *Coalition of Marriage, Couple, and Family Education*, ami egyben bizonyítja is, hogy eljött ennek a szub-specialitásnak az ideje. Ehhez a szövetséghez számos egyházi segítő is csatlakozott, világosan artikulált morális és spirituális gondolkodást hozva.

A házasságra és gyermekvállalásra felkészítő, a kapcsolaterősítő programok, a házasság-gazdagítás, a szülői hatékonyság tréning mind jó példája a pszichoedukatív törekvéseknek, és ilyen a 13. fejezetben bemutatott viselkedésterápiás megalapozottságú szülői készségfejlesztés is. A cél a kliens családok igényeitől függ: egy felismert probléma enyhítésétől a családi életminőséget emelő meglevő készségek erősítéséig széles a skála.⁴⁹⁰ A családhoz csatlakozás után a terapeuta felméri a kliensek erejét és növekedési potenciálját a kérdéses területen. Viszont, eltérően a családterápiától, a cél ebben a helyzetben az edukáció. A családdal együtt megbeszéljük, hogyan képzelik ezt a gyakorlatban, milyen konkrét jártasságokat kell megszerezni; a befejezés pedig általában akkor történik, amikor ez teljesült vagy az előre megbeszélt időkeretet felhasználták.²⁶⁶

Alább néhány példát hozunk a számtalan pszichoedukatív programból. Sok ilyen szemináriumként ajánlanak, vagy videokazettán, esetleg írott formában. Számtalan igen népszerű könyv van, sok fejlesztő program videón is elérhető, néha telefonos tanácsadással megtámogatva; ilyen módon nem-professionálisok is nyújtanak edukációs szolgáltatást.

Kapcsolat-erősítő programok

Valószínűleg a legismertebb családi készségfejlesztő tréning Bernard Guerney igen kimunkált és kutatott *kapcsolati erősítése* (Relationship Enhancement, RE).^{354,143} Guerney a korszakos jelentőségű *Families of*

Klinikai megjegyzés

A házasság előtti tanácsadásra jelentkezés esetében a pár egyik vagy mindkét tagja homályos érzésekkel küzd a közös jövőt illetően. Miközben az ilyen aggodás gyakori, bizonyos esetekben a tanácsadás lehetőséget nyit korábban fel nem ismert vagy tagadott – és a későbbiekben komoly szennvedéshez vezető – konfliktusforrások (anyós, anyagiak, eltérő karrier-szempontok, gyermekvállalás) megbeszélésére.

*the Slums*⁵⁸⁰ egyik szerzője, Carl Rogersszel is dolgozott. Család-gyakorlatában nyilvánvaló a kliensközpontú terápiás orientáció – empátia, hitelesség, pozitív törődés a kliensekkel és más rogersi elvek, de emellett Minuchin hatása is. A Guerney házaspár tanítványa, Barry Ginsberg, nemrégiben úgy írta le a modern RE gyakorlatát, mint amelyben kombinálódnak a pszichodinamikus, kommunikációs, viselkedéses és élményközpontú perspektívák.³⁰⁶⁻⁷

Guerney korai pszichoedukatív törekvései a 60-as években kifejlesztett programjaira nyúlnak vissza,^{353,357} amelyek a szülők számára nyújtottak segítséget érzelmileg zavart gyermekeik problémáinak kezelésében. Ebben a terápiás vállalkozásban általában 6-8 szülőből állottak a csoportok, és a rogersi elvek érvényesítését magyarázták el a szülő-gyermek kapcsolatokban, illetve a szülőket instruálták a technika használatára. Hetente otthon tartott játéktérpia-ülések segítettek a folyamatot. Ez egyébként igen javasolt érzelmi, viselkedési vagy fejlődési zavarokkal küzdő gyermekek számára, hogy megértés és közöljék az érzelmeiket és uralják a cselekvéseiket. Ugyanakkor a szülőknél is valószerűbb elvárások alakultak ki, fogékonyabbá váltak a gyerekek érzéseire és élményeire, és megtanulták közölni is velük ezt az új megértést és elfogadást. Ez az RE megközelítés később kiegészítve Szülő-Szülő Kapcsolatfejlesztés (Parent-Adolescent Relationship Development, PARD)^{305,356} néven futott, kifejezetten rogersi elvekre alapozva.

A RE empátia-építő programok a pároknak három alapkészségben nyújtanak fejlesztést; ezek együtt a párok, családok nagyobb érzelmi bevonódását segítik.³⁰⁷

- *expresszív jártasság* (tulajdonítás): a saját érzések tudatosítása, felelősség vállalása azokért, nem kivetítésük másokra;
- *empatikus jártasság* (befogadás): megtanulni odafigyelni másokra, megérteni mások érzelmeit és motivumait;
- *konverzív jártasság* (megbeszélés és bevonódás): megtanulni meghallgatni a másikat és visszaadni, hogyan érti, amit hallott (a partnerek váltják egymást a hallgató és a beszélő szerepében).

Két további RE készség az *általánosítás* és a *karbantartás* (megtanulni a fentebb említett készségek gyakorlati alkalmazását és kiterjesztését a mindennapokban).

Az RE intenzív, időkorlátos program, általában tíz ülés néhány hónapnyi időtartamban. A program célja³⁰⁶ nem annyira a konkrét változás elérése a résztvevőknél, hanem megteremteni azt a közeget, amelyben a konstruktív változás valószínűbben megtörténhet. Ha ez a kontextus megalapozódik, az RE trénerék szerint a kliensek autonómiája javul, és ennek nyomán végül képessé válnak egy közelebb, meghittebb kapcsolatra életük többi szereplőjével. A problémamegoldó képességükben való nagyobb bizalom jobb pozíciót jelent a jövőbeni krízisek kezelésekor. A 16.1. táblázat mutatja a jelentősebb különbségeket az edukatív modell és az orvosi gyakorlaton alapuló modell között.

Az élményközpontú elemeken túl az RE kognitív instrukciókat (az automatikus gondolatok, attitűdök, értékek kritikus felülvizsgálása) és viselkedési javaslatokat (készségek begyakorlása és kivitelezése az érzelmek kezelésére, a kapcsolati viszonyulásban) is ajánl. A tréner nyíltan vállalja értékeit, a kliens-terapeuta kapcsolat fő terepe a közös tervezés és döntéshozás. Az RE technikái nemcsak az empátiát, a nem ítélkező elfogadást, és a kliensek közötti igazi beszélgetést képviselik, hanem a kliensek megtanítását arra, hogy elismerjék és elfogadják az érzéseket és azok nyílt és őszinte kifejezését.

RE programok szerte az országban működnek és rendkívül népszerűek, különösen a házasulandó párok felkészítésében, házaspároknak (akár van problémájuk, akár csak emelni kívánják kapcsolatuk minőségét), és kamaszokat nevelő szülőknek is. A felmérések sokféle populációban bizonyítják hatékonyságát a készségépítésben (a résztvevők megjavult kommunikációról, jobb konfliktusmegoldásról, általános kapcsolati javulásról számolnak be, különösen a bizalom és a meghittség vonatkozásában).^{301,1} Azonban még mindig szükségesek lennének hosszabb távú értékelések.

* A konstruktív kapcsolati jártasságok megtanulása megfelel Gotman³³⁰ kutatási megalapozottságú elképzelésének a párok közötti pozitív és negatív érzelmi cserék szerepéről és hatásáról a házassági boldogság-boldogtalanságra. Mint hivatkoztunk Gotman eredményeire a 13. fejezetben, azoknál a pároknál, akik egymásra negatív kritikával, sértődéssel, hirtetással és obstrukcióval reagálnak, a válás kockázata magas.

16.1. táblázat

Az edukatív és az orvosi modell összehasonlítása³⁰⁶

Nevelési modell	Orvosi modell
A fejlődést, a pszichés szükségleteket és a napi stresszt hangsúlyozza. Mellőzi a belátás használatát és az etiológiát.	A betegséget emeli ki (hibás alkalmazkodás, patológia). Hangsúlyozza a belátást és az etiológiát.
A probléma az egyén hatókörében. A kliens egyetért azzal, hogy tanuljon a trénerrel.	A probléma az egyén kontrollján kívül. A kliens ki van téve a változásért felelős szakember jártasságának.
A legjobb gyógyulás és változás az, amit a kliens saját erőfeszítései alapoznak meg.	A gyógyulás az orvos képzettségétől függ.
A klienseket arra biztatják, hogy keressék azt a tudást és erőforrásokat, amelyekre szükségük van.	A kliensek általában az őket ellátó kizárólagos figyelmében vannak.
A módszerek tartalmazzák a célok rögzítését, a jártasság fontosságának megokolását, a megtanulás és gyakorlás módszereit, a napi életvitelre kiterjesztés kérdéseit és a megtanult készségek fenntartását.	A módszerek diagnózist és gyógymódokat tartalmaznak.
Nem különböztetik meg a prevenciót és az enyhülést.	A figyelmet elvonja a megelőzésről, a kezelés a hangstúyos.

Házassági előkészítő programok

Ebben a vonatkozásban elsőként a David Olson és mtstai⁶²¹ által fejlesztett és finomított PREPARE (PREmarital Personal And Relationship Evaluation Inventory) említendő. Ezt a sokat kutatott és megbízható 165 tételes kérdőívet (30 tétel demográfiai és a pár háttérét méri fel) a két személytől külön-külön veszik fel, és azt célozza, hogy a pár jobban megértse és megvitassa egymással a származási családjukból fakadó eltérő tapasztalatukat.

Az eredményeket grafikus formában egy *pár-család térképen* ábrázolják, ez informálja a párt a kapcsolati erősségeikről és a fejlesztendő területekről. A tanácsadás során 10 elégedettségi területet tárnak fel:

- elvárások a házasságtól (szeretet, elköteleződés, konfliktuskezelés);
- kommunikáció (az érzelmek megosztásának, az egymásra figyelésnek a mértéke);

- szexuális kapcsolat (érzések és aggodalmak, szexuális viselkedés, családtervezés);
- személyiségi különbségek;
- pénzügyek kezelése;
- a gyermekneveléssel kapcsolatos attitűdök és konfliktusok;
- a szabadidő eltöltésével és a rekreációval kapcsolatos preferenciák;
- elvárások a családdal illetve barátokkal töltött idő vonatkozásában;
- házassági szerepekre vonatkozó attitűdök;
- spirituális hiedelmek.

A PREPARE különösen hasznos a lehetséges konfliktusterületek korai azonosításában és egy, az együttes jövőre feltehetően jótékony hatású párbeszéd-helyzet kialakításában.⁷⁷⁰ Mint pszichoeducáció, segít a házasság előtti pároknak, hogy elkezdjenek dolgozni a kulcsfontosságú különbségek megoldásán, végrehajtva a „konfliktusoldás tíz lépését”.⁶¹⁸ Olson úgy tippeli,⁶¹⁹ a PREPARE (illetve társa, a már házasoknak szóló ENRICH) programoknak világszerte már több mint 50,000 trénerre van.

A házassági kapcsolatot gazdagító programok

Egy gondosan tervezett ilyen program a PREP (Preventive Intervention és Relationship Enhancement Program)⁷⁶¹ a házaspárok kapcsolatának javítására, hogy a beköszönő problémák ne vezessenek a viszony megromlásához és elkerüljék a válás kockázatát. A program a szociális tanulást és a viselkedésterápiás elveket olvasztja egybe. Eredetileg még az 1980-as évek elején fejlesztették ki házasságot tervező fiatalok számára, abból kiindulva, hogy

a házassági elégedettséget a partnerek jutalmazó viselkedésének cseréje eredményezi, párosítva azzal, hogy képesek konfliktusait kölcsönösen kielégítő módon megoldani, negatív érzések (harag, sértődés, visszavonulás, elkerülés) eszkalációja nélkül. (213)

A program keretében a párokat konstruktív kommunikációra, konfliktusoldó készségekre, az attitűdök és elvárások realitáshoz illesztésére tanítják. Főként a kölcsönösen kielégítő érzelmi-viselkedési kapcsolati mintákat fejlesztik. A párok megismerik, hogyan oldják meg a vitáikat hatékonyan, és hogy ne építsenek ki olyan elkerülő mintákat, amelyeken azután a jövőben jóval nehezebben juthatnak túl.

A PREP üléseknek két formája terjedt el: (a) kiterjesztett verzió, itt 4-10 párból áll a csoport, és heti egyszer tartanak megbeszélést; és (b) maraton verzió, ezt hétvégi formában szervezik, az előadásokat 20-60 pár hallgat-

ja, majd kiscsoportban dolgoznak tovább. Az első verzióban minden párnak van egy kommunikációs tanácsadója, aki, mint egy személyi edző, gyakorolja velük a készségfejlesztést és biztosítja a tanulást facilitáló visszajelzést. A csomagba házi feladatok és olvasmányok is beletartoznak. A második verzióban, amelyet gyakran egy szállodában tartanak, a párok a készségeket önállóan, a szobáikban gyakorolják. A további tanuláshoz a PREP magnó- és videokazettákat biztosít.

Egy másik, szintén kutatással megalapozott program a „Pozitív lépések a házasság megőrzésére”.⁵²⁹ Ebben a fókusz a tipikus témákra terjed ki: konfliktuskezelés, kommunikáció erősítése, megbocsátás gyakorlása, emellett spirituális hiedelmek és gyakorlatok, hobbik és barátságok figyelembe vétele, az elkötelezettség fenntartásának és erősítésének módjai.⁷⁴⁴

Különösen jól ismert viselkedéskutató Howard Markman (University of Denver, Center of Marital and Family Studies); aki kimerítően tanulmányozta a házassági pszichés stresszt és annak megelőzését.⁵²⁸ Az általa továbbfejlesztett PREP kimeneteli eredményeit alaposan vizsgálták, és biztatónak találták.⁷⁷¹ Nem meglepően, rövid távon (közvetlenül a programot követően mérve) a kommunikáció és a szexualitás javulásában és a probléma-intenzitás mérséklődésében bátorítóak az eredmények. A hosszú távú utánkövetés (4 évnyi időtáv) azt mutatja, hogy a programot teljesítő párok megtartották a kedvező változásokat, a pozitív kommunikáció mértéke fennmaradt. Kontrollcsoportokkal összehasonlítva jelentős volt a különbség a negatív kommunikációs minták elkerülésében.⁷⁴⁴

A házassági encounter

Ez kevésbé gondosan kutatott, de világszerte népszerű és elterjedt kapcsolatjavító tréning, amely rendszerint a pár közötti kommunikáció tudatosságának emelésére, a szexualitásban jelentkező nehézségek oldására és spirituális témákra koncentrálna. Az ilyen programok olyan párok számára vonzóak, akiknél a kapcsolat alapvetően kielégítő, de elégedettségük szintjét szeretnék tovább emelni, vagy áttekinteni és megerősíteni.

Házassági encountert először Barcelonában szerveztek, az 1960-as évek elején. A jezsuita Gabriel Calvo atya eredetileg hétvégi mantrázát tervezett katolikus házaspároknak.¹⁵⁷ Az Egyesült Államokban 1966-ban jelent meg, hasonlóképpen vallásos csoportok szervezésében, a tagságuk igényeihez alkalmazva (néhány felkezet meg is követeli a részvételt az egyházi kötés előtt). Azonban más (házasság előtt álló, régóta abban élő és újraházasodott) párok esetében is kedvező eredményeket mértek.⁷⁷⁰

A vallásos megalapozottságú encounter mellett a laikus készségjavító tréningek is népszerűek, mint a *páros kommunikáció* (Couples Communication, CC; eredetileg Minnesota Couple Communication néven futott). Ez is jól kutatott készségfejlesztő program, házasság és házasságkötő pároknak ajánlva, fő fókuszai az éntudatosság, az önfeltárás, az eredményes odafigyelés a másikra, és így tovább). Mint a PREP esetében, a hangsúly a páron (a diádon) van, bár úgy vélik, hogy a csoportkontextus serkenti a tanulást. A kurzus 8-12 órára kiterjedő strukturált gyakorlásra ad módot. A mért eredmények is biztatóak, bár utalnak arra, hogy idővel a kommunikáció minőségében volt némi csökkenés.

Az *Association for Couples in Marital Enrichment* (North Carolina) által támogatott edukatív programokat általában csoportvezetésre képzett házaspárok moderálják.²¹¹ Ezekben a didaktikus tartalom minimális, a fő hangsúly a partnerek dialógusára építő készségfejlesztésen van. Nem képzés folyik, a vezetőik inkább személyes élményeiket osztják meg a csoporttal. A kimeneteli eredmények, különösen hosszabb távon, nem egyértelműek.

Egy áttekintés szerint az 1980-as évek végéig több mint egy millió ember vett részt házassági és házasság előtti hétvégi encounter rendezvényeken.⁴⁷⁸ (Semmi kétség, hogy ez a szám a rákövetkező évtizedben jelentősen tovább növekedett.) A felmérés szerzői felvetik, hogy a házassági encounternek ez a fajtája főként az alapvetően jó kapcsolatban élő pároknak szól, és a számukra értékes tapasztalat lehet, de nem való súlyos kapcsolati zavarok, válásközele stb. helyzetek kezelésére.

Nevelőszülői felkészítő programok

A nevelőszülő családok egyre elterjedtebbek; az új házasságok majdnem felében az egyik partner elvált ember, és a negyedében mindkettő.⁷⁰² Az Egyesült Államok több mint 11 millió újránházasodott családjának többségében vannak kisgyermek, akik tehát nevelőszülővel élnek.²⁴⁹ Ez a helyzet elkerülhetetlenül egy sor bomlasztó átmenet megélését jelenti – az ép családból az egyszülősebe, majd abból az új családba – és a sok strukturális és kapcsolati átváltás, szerepek változása stb. mind a szülők, mind a gyerekek részéről komoly adaptációt és újraszervezést igényel.³¹⁴

A nevelőszülő életéhez való alkalmazkodás számos probléma felismerésének és megoldásának a képességét kívánja: a nevelőszülőktől a szülői szerep felvételét, korábbi szerepeik váltását, a nevelt és saját gyerekek közötti féltékenység és versengés megoldását (tetézve a vér szerinti és a nevelőszülő között ugyanezzel), a különféle lojalitás-konfliktusok, a gyer-

16.4. A nevelőszülő családi identitás kifejlődéséhez szükséges feladatok⁸¹⁷

1. Foglalkozás a változásokkal és a veszteséggel
2. A különböző fejlődési igények áttekintése
3. Új tradíciók megalapozása
4. Szilárd szülői szövetség fejlesztése
5. Az új viszonyulások formálása
6. Nevelési koalíció létrehozása
7. A háztartás folyamatos változásainak elfogadása
8. A gyenge társasági támogatás ellenére a bekapcsolódás megköveteltatása

meknevelés anyagi kérdéseinek megoldása, hogy csak néhányat említsünk. Az újránházasodás önmagában is feltámaszthat régi, megoldatlan érzelmeket az előző házasságból.

A gyerekek és a felnőttek egyaránt különféle elvárásokkal jönnek az előző családból; a legtöbb nevelőszülő család számára a fő feladat kompromisszumot találni ezek között. Emellett meg kell tárgyalniuk tagjaik fejlődési igényeit, létrehozni a szülői koalíciót, megalapozni a saját hagyományait.^{818,820} Ilyen családban kü. önösen stresszes „állás” a szülő- és nevelőszülő-mivolt, főleg az első néhány évben.¹²⁷

Ezen gyakori és komoly problémák ellenére, néhány kivételtől⁸²⁰ eltekintve alig érhető el mentálhigiénés útmutatás arról, hogyan válhatnának kohezívebb rendszerré. Az „instant”, azonnali meghittség elérhetetlen – a nevelőszülő családoknak időre van szükség az értékek és hiedelmek megtárgyalásához, az új szerepek elosztásához és kipróbálásához, valamint a szülők szövetségének megerősödéséhez.

A pszichoedukáció különösen fontos feladata itt a különbségek megértése az ép és a nevelőszülő családban élés között. Ez gyakran határos módja a megszilárdulásuknak. Az ilyen programok szervezéséhez fontos információkat biztosít a Visser házaspár (pszichiáter és pszichológus, egyébként mind a ketten nevelőszülők) által alapított *Stepfamily Association of America* (Lincoln, Nebraska). Kifejlesztettek egy nevelőszülői kézikönyvet⁸¹⁷ (egy részletét közöljük a 16.4. keretben), segítségként a csoportos beszélgetésekhez. Ebben sorra veszik a nevelőszülő család rendszer újraszervezéséhez szükséges feladatokat. A *Stepfamily Foundation* sokféle edukációs programot nyújt (tréning a szakértők részére, útmutató az ilyen családokkal dolgozó terapeutáknak, „túlélő” tanfolyam nevelőszülőknek).

ÖSSZEFOGLALÁS

A pszichoedukatív megközelítések a célcsoportok stresszének csökkentése mellett a család megküzdő kapacitásának javítására törekednek, például a feszült kapcsolatok, vagy egy beteg családtaghoz viszonyulás, vagy a konfliktusok kivédése, vagy a szokványos, nem klinikai súlyosságú zavarok tekintetében. Jellemzően a rendszerszemlélet, a kognitív-viselkedéses elvek és a tanuláspszichológia kombinációt foglalják magukba.

A leggyakoribb pszichoedukatív munka olyan családokkal történik, ahol valamely családtag mentálisan súlyosan beteg (például szkizofrén vagy bipoláris). Az edukációs szakember egy nem hibáztató álláspontot vesz fel, miszerint nem a családi diszfunkció a felelős az ilyen, biológiai vulnerabilitáson alapuló zavarokért. Ehelyett támogatást és a család megerősítését szolgáló készségeket tanítanak. Jellemzően olyan irányelveket ajánlanak, amelyek csökkentik a harmonikus családi életvitel előtti akadályokat. Ezzel mérséklék a családban az ún. kifejezett érzelmek intenzitását, amely valószínű oka lehet a beteg családtag pszichotikus visszaesésének. Miután a szkizofrénia biológiai megalapozottságú, a pszichoedukáció mellett mindig elsődleges az antipszichotikus gyógyszerelés.

Az orvosi családterápia különféle betegségek, traumák, rokkantság esetében az interdiszciplináris együttműködést hasznosítja. Ez lényegében biopszichoszociális vállalkozás, és a célja, hogy segítsen az ilyen családtaggal rendelkező családoknak megküzdni az ebből adódó nehézségekkel, csökkenteni a gyógyszerelés körüli konfliktusokat, javítani a kommunikációt a kezeléseket nyújtókkal, és alkalmanként konstruktív, preventív életstílus-változásokat bevezetni. Ebben a pszichoedukatív munkában a családterapeuták tanácsadóként vagy koterapeutaként vehetnek részt.

A rövid távú edukatív programok azoknak a családoknak segítenek, amelyek a mindennapi nehézségeket, konfliktusokat kívánják hatékonyabban kezelni, vagy megelőzni bizonyos problémák kialakulását. Ezek gyakorlatias és gazdaságos módszerek, igen sokféle terület edukációját ölelik fel; így vannak (pár)kapcsolat erősítő, házasságra felkészítő, a házassági kapcsolatot gazdagító programok, szülői hatékonyság-tréningek és nevelőszülősegre előkészítő kurzusok.

17. fejezet

A becslési folyamat és a terápiás eredmény kutatása

Miközben a pár- és családterápiás lehetőségek kutatása már öt évtizede termékenyen segíti ezen tudományterület felvirágzását, csak az utolsó húsz évben irányult komoly erőfeszítés a becslési technikák és a beavatkozások olyan leírására, amelyet a kezelés kimenetelének tanulmányozásánál számításba lehet venni. A korai klinikus-kutatók, mint például Lyman Wynne⁸⁵ úgy emlékeznek, hogy családokkal dolgozni az 1950-es években elsősorban kutatói ötlet volt; az az elképzelés, hogy a családterápiás céllal együtt fogadják, csak később jött, a kutatási eredményekből következően. Wynne felidézti: abban az időben a családoknak felajánlott terápiától határozottan azt kívánták, hogy serkentse a kutatást. Haley⁸⁶ visszapiantása szerint „akkoriban természetesnek vettük, hogy a klinikus és a kutató egy tőről fakad (bár a terapeuták státusa egy kicsit 'másodosztályú' volt" (73). Azután, ahogyan a terület egyre jobban fejlődött, a gyakorlat került a középpontba, és a gyakorló klinikusok jó része úgy tekintette a kutatást, sokféle elvont, homályos témájával, mint amelynek alig, ha van egyáltalán, köze a terápiás erőfeszítéseikhez.

Az a helyzet mostanra kezdett megváltozni, mivel a kutatók a gyakorlat számára fontos, innovatív eljárásokat, valamint a családi működés és a beavatkozások hatékonyságának mérésére számtalan metodológiát fejlesztettek ki.⁸⁶ Mérészközben tehát nincs hiány – a számukat 1000-nél is többre taksálják –, ma a kutatók a legszorosabban a megbízhatóság (reliabilitás) és az érvényesség (validitás) alakulását követik.⁸⁷ Ráadásul a kutatói szemlélet kiszélesedett, túlterjedve a családon, a nagyobb szociális rendszerek felé, a kortársi, iskolai, közösségi és környezeti hatások figyelmére.⁸⁸ A tudomány, egy empirikusan megalapozott vizsgálati készlet formájában egyre inkább bekerül sok klinikus mindennapi munkájába.

Családokkal végzett munkájuk tapasztalatai alapján az úttörő terapeuták új és izgalmas technikák sokaságát alkották meg, a legtöbb esetben kutatói támogatás nélkül. Az új terápiás eljárások kitalálásának rohamá-

ban viszont sok korai terapeuta inkább a klinikai jártasság fejlesztésében volt érdekelt, és a publikált kutatási adatok nagy részét a konkrét gyakorlat igényei felől lényegtelennek tartotta. A másik oldalról, a kutatók zöme viszont úgy látta, hogy a klinikusok túl készségesen felkarolják az újonnan kiagyalt technikákat, még ha azok hatásosságát semmiféle random, kontrollált klinikai vizsgálat nem támogatja.

Részen az egészségbiztosítók, mint a harmadik (és ráadásul a fizető) fél nyomására válaszul – akik hiteles terápiákat akartak a pénzükért –, részben az állami egészségügyi intézmények (főként a National Institute of Mental Health, NIMH és a National Institute of Drug Abuse, NIDA) emelkedő pénzügyi támogatásával a családokra összpontosított kutatás az 1990-es években kiterjedt. Ez a két tényező hatalmasan megemelte a párok és családok életzerű (tehát nem laboratóriumi) kutatását, és különösen az empirikusan megalapozott beavatkozó technikák fejlődését – megfelelő jelentőséggel a gyakorló terapeuták számára.⁴⁹⁵

Innovatív klinikai-kutatási stratégiákat és fogalmi kereteket,⁴⁴⁸ kifinomult módszertant, hiteles mérőeszközöket javasoltak az összetett családi kölcsönhatások tanulmányozására. A vizsgálandó jelenség komplexitása hosszú ideig komoly akadálya volt a releváns kutatásnak; ennek áttörése különösen fontos, amikor a kutató olyan rendszerelmélettel dolgozik, amelyek lényegükénél fogva nem-lineárisak és a kapcsolatok folytonos természetűt, a rendszer egyes oldalainak végtelen számú kölcsönhatását hangsúlyozzák.¹²⁶

A 21. század család-kutatói számos területtel foglalkoznak (csak mutatóba: házassági nehézségek, alkohol- és drogvisszaélés, testi és mentális betegségek), és sokféle családtípussal (csonka, nevelőszülős, homoszexuális, lesbikus stb.). A modern megközelítés emellett figyel a többszörös rendszerekre, amelyekben a család egy részt képvisel, és a mindennapi működést érintő szociális, kulturális és közösségi hatásokra. Az érvényesség kiterjesztése érdekében ezek a vizsgálatok változatosabb populációra alapoznak, nemcsak a fehér középosztálybeliekre. A mennyiségi, nagyszámú alanyra kiterjedő felmérések inkább találnak finanszírozást és széleskörű publikációs lehetőségeket, mindazonáltal fontos helye van a minőségi kutatásnak is (melyek zöme az adatgyűjtésnél több, a bizonyításnál kevesebb). A családterápiás gyakorlat és a kutatás közti távolság olyan mértékben csökken, amilyen mértékben a mennyiségi módszertanok és a minőségi kutatás összefonódik.⁶⁵⁷

MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI KUTATÁSI MÓDSZERTANOK

A növekvő érdeklődés a családterápiás kutatás módszertani kérdései iránt bátorító fejlemény.⁷⁶⁸ Különösen jelentős a kutatók nagyobb hajlandósága bevonódni a *minőségi kutatásba*, a szokásosabb *menyiségi kutatómódszertan*on felül, ami jól tükrözi az utóbbi évek erőteljesebb érdeklődését a társadalomtudományok iránt.^{467,201} A minőségi és mennyiségi kutatás között abban is különbség van, hogy míg az előbbi *generálja* a hipotéziseket, az utóbbi *teszteli*.⁷⁴⁵ A kettőt ma inkább egymást kiegészítő, mint versengő módszertani paradigmának tartják.

A legtöbb tudományágban alapvető a kvantifikáció – jelenségek megfigyelése és azokról elmélet kialakítása, kísérletileg tesztelhető hipotézisek készítése, a változók ellenőrzése, az eredmények regisztrálása és elemzése; majd, ha a bejósolt megfigyelés igazolódik, az induló hipotézis megerősíthető, támogatva az alappául szolgáló elméletet. A mennyiségi kutatás ezután (azaz a megbízható és érvényes mérés, valamint a releváns statisztikai elemzés) az adatok gondos összedolgozását igényli, hogy el-különítsék, amit tanulmányoznak.⁹⁵

A 20. századi kvantitatív pszichológiai kutatás jó megalapozottsága ellenére a kritikusok felvetik, hogy korai lenne kizárólag erre a módszerre számítani a családterápia területén, különösen, amikor itt a folyamatok megértésében ennyire nagyszámú interaktív változó szerepel. A kvantitatív és a kvalitatív módszertanok szembeállítás helyett ma egyre inkább elfogadott az az álláspont, hogy a kettő egymás mellett létezik; ez inkább megfelel annak a mai igénynek, hogy a metodológiai több lábon álljon.⁴ A kvalitatív kutatási módszerek is terjednek, gazdagodnak, ennél fogva kiegészítik a hagyományos mennyiségi módszereket, használható eredményt szolgáltatva kutatóknak és terapeutáknak egyaránt.⁸⁷⁴ A minőségi megközelítések éppúgy hasznosak az elméletalkotásban, koncepciók ki-fejlesztésében, az elményanyag és a jelentésadás leírásában, mint a fel-mérés tételeinek és a becslésre szolgáló pszichológiai és más kiértékelő eszközök összeállításában.³⁰³

A mennyiségi kutatás a kísérletet, a nagyszámú mintát, az adatgyűjtést, a statisztikai elemzést, az objektivitást és a bizonyítást hangsúlyozza. Kö-

* John Gottman kutatása³³⁵ a párterápiákban alkalmazható beavatkozásokról jó példa a mennyiségi és minőségi módszerek kutatói-klinikusi egyesítésére. Ebben a kutatásban az elméleti felvetést (a házassági stabilitás és elégedettség előrejelzésére) kísérletileg megtervezett hosszú távú felmérések egészítették ki.

vetkezetes összhangban van a modernista, strukturális szemlélettel, ami szerint a kutató külső megfigyelő, aki a változókat módosítgatva méri az eredményezett változást. A minőségi kutatás viszont a posztmodern, posztstrukturális szemlélettel közös. Ez a módszertan inkább feltáró, nyíltvégű, és általában nem numerikus; inkább a feltárára alkalmas, mint a hipotézisek értékelésére és igazolására. Módszerei inkább a mennyiségi kutatási technikák kiterjesztésére és megerősítésére szolgálnak, és a mennyiségileg gyűjtött adatok jelentésének jobb megértéséhez adnak támogató környezetet.⁵⁸⁶ A kvalitatív módszertanok különösen alkalmasak az összetett jelenségek leírására, új konstrukciók meghatározására, a változók között új kapcsolatok felfedezésére, és a „miért” kérdések megválaszolására.⁵⁸⁵

Miközben az összetett jelenségek ilyen kvalitatív vizsgálatai sokszor szerény, kisszámú mintákkal kezdődnek, az eredményeik új összefüggések felfedezéséhez és további, elméleti fejleményekhez vezethetnek. Illusztrációként Minuchin korai meghatározó cikkét⁵⁷⁷ említhetjük a cukorbeteg és anorexiás gyerekekkel végzett vizsgálatairól, ami áttöréshöz vezetett a pszichoszomatikus családok kezelésében.

Bár mind a mennyiségi, mind a minőségi kutatási módszer tudást hoz létre, a klinikusok inkább vonzódnak az utóbbihoz, mivel az egyezik a mindennapos klinikai eljárásaikkal és így valószínűbben megragadja a terápiás célú család-terapeuta találkozás lényegét és gazdagságát. Azonfelül a minőségi módszer összeegyeztethető a kontextust és a többes perspektívát hangsúlyozó rendszerelmélettel. A posztmodernisták, mint például a szociális konstruktivisták, különösen hajlanak visszautasítani azt az elképzelést, hogy a tudományos megfigyelés lehet tárgyilagos és elfogulatlan – ami a mennyiségi kutatómódszertan egy alapvető axiómája. Ehelyett a személyes, szubjektív jelentést keresik. Támogatják a minőségi kutatás felfedező aspektusát, és elkerülnek minden olyan mennyiségi vállalkozást, amely azzal a feltevessel kezdődik, hogy csupán mérés révén ismerhetjük meg bárki világát annak igazi vagy teljes értelmében.

Sok klinikus hezitál a kutatás felkarolásában és eredményeinek gyakorlati átvételében, úgy vélvé, hogy az ilyen vizsgálatok nem alkalmasak a napi munkában.⁵⁸² A klinikusokat általában inkább a praktikus jelentőségű adatok érdeklik (mondjuk, annak mértéke, hogy a diszfunkcionális családok a kezelésben kifejlesztett készségei mennyire működnek), mint a statisztikai jelentőségűek (például a kezelésben részesült és a nem ke-

zelt családokból összeálló csoportok különbségei). Bizonyos esetekben az ilyen, csoportközi eltérések statisztikailag jelentősek lehetnek, de a statisztikai javulás semmit sem mond az egyes eset kezelésére vonatkozóan.⁵⁶⁷

Érdekes megfigyelni, hogy a korai elméletalkotó kutatásokban, mint amilyenek a NIMH keretében zajlottak Bowen vagy Wynne vezetésével, milyen markáns a felfedezés „íze”. Csak később, ahogyan a kutatók keresték terápiás eljárásaik nagyobb tudományos ellenőrzését és hatékonyságának tesztelését, kerültek elő a rigórozusabb kutatási tervek, a rendszerebb adatgyűjtés és a pontosabb statisztikai elemzés. Ma a családterápia területét a minőségi, mennyiségi és kevert kutatómódszertanok kombinált használata jellemzi, miután a kutatók felismerték, hogy a hagyományos kísérleti konstrukciók nem igazán alkalmazhatók a jellemzően sokszoros cirkuláris folyamatokat befoglaló családterápiás helyzetekre. A modern kutatás, részint a nagy felmérésekben érdekelt kutatás-finanszírozás miatt, egyre inkább integratív, többféle eljárást és módszert kombinál és a különféle stílusú kutatási kérdéseket egyetlen javaslatba sűríti. Az anyagiakat biztosító szervezetek, mint a NIMH, arra sarkallják a kutatókat, hogy mind mennyiségi, mind minőségi feltáró módszertanokat alkalmazzanak.

Egyre több családterapeuta kezdi erősíteni munkájának kutatási vonatkozásait, mivel az egészségbiztosítók mindinkább kéri a terapeuták által nyújtott gyógyító szolgáltatások jogosságának, költségeinek és hatékonyságának alátámasztását, érvényes és megbízható tudományos adatokkal. Mint Pinsóf és Wynne⁵⁸⁶ megfigyelte:

Most történik először, hogy a klinikusok, a tréningsszervezők, az intézményvezetők és a családi szervezetek agódvá kezdik igényelni a pár- és családterápia hatékonyságának „kemény bizonyítékait”, amelyeket prezentálhatnak az anyagiakat biztosító harmadik partnerek, az egészségbiztosítók, a törvényhozó testületek és a társszakmák képviselői számára. (341)

A PÁROK ÉS CSALÁDOK FELMÉRÉSÉT ÉRINTŐ KUTATÁSOK

Folyamatos vita zajlik a családterapeuták között arról, milyen mértékben használhatók a pár- és családi folyamatok becslésében a formális kutatási eljárások. A kérdés támogatói úgy érvelnek, hogy minden tudomá-

17.1. Kutatási jelentés**Mennyiségi-minőségi együttműködés a családterápiás kutatásban**

Az összetett pár- és családi kapcsolatok tanulmányozására elérhető innovatív kutatási módszertanok a klinikai gyakorlatban közvetlenül alkalmazhatók.¹²⁹ Mind a kísérletes (mennyiségi), mind a nem kísérletes (minőségi) elrendezés hasznos; számos mérési technikát és statisztikai elemzést alkalmaz. A kutatás legújabb felülvétele a terápiás változás szempontjából döntő folyamatok megértésére irányul.

A minőségi megközelítések különösen hasznosak abban, hogy fényt derítsenek olyan speciális kérdésekre, amelyekre a nagy léptékű mennyiségi felmérések nem képesek. Ezek a módszerek (mélyinterjúk esettanulmányok, egyirányú tükrözött megfigyelések, audio- és videofelvételek, fókusz-csoportok, személyes naplók és más hasonló dokumentumok elemzése, a narratív anyag tartalom elemzése, szóbeli történelem, hiedelemrendszerek kutatása) az univerzális elveket általában kis esetszámú intenzív vizsgálatával kutatják, és a kutató inkább a résztvevő, mint a tárgyilagos, külső megfigyelő helyzetében van.³⁸⁶

nyos diszciplína alappontja a megbízható jelenségek pontos mérése.⁷⁶³ A kapcsolati (pár-, szülő-gyerek, teljes család) változók széles körének követésére alkalmas mérőeszközök jelentősen fejlődtek az elmúlt két évtizedben. Alkalmazásuk támogatói a családok kognitív, affektív, kommunikációs és kapcsolati mintáinak (ezen belül az egyéni, diád-, nukleáris és kiterjesztett család-szintű, valamint közösségi és kulturális) megfigyelésére alkalmas, továbbfejlesztett teszt-battériára hivatkoznak. Komoly figyelemmel vannak arra, hogyan kerülhetők el a kulturális elfogultságok miatti mérési hibák.

A terapeuták értékelései a családokkal kapcsolatos előző tapasztalataikon nyugszanak. Klinikai értékeléssel mindenki foglalkozik; általában kombinálják az interjút és a viselkedés megfigyelését, vagy strukturált tesztkérdőívekre támaszkodnak, esetleg a családtagoknak együtt teljesítendő interaktív feladatokat adnak. Kevesen bajlódnak rendszeresen standard mérőeszközökkel végzett formális értékelő eljárásokkal.¹¹² Ehelyett inkább a tapasztalatuk alapján, formális teszteszközök segítségével nélkül alakítanak ki véleményt, akár az egyes tagokról, akár a teljes családról. Az ilyen értékelést a terápia alatt általában folyamatosan végzik, mindig felülvizsgálva, módosítva vagy megújítva az előzőt. A viselkedésközpontú terapeuták különösen fontosnak tartják szabványosított tesztek alkalmazását.

Azt, hogy a terapeuták mit keresnek, jelentős mértékben elméleti irányultságuk határozza meg – a strukturalisták a határookra és az átfogó tranzakciós mintákra koncentrálnak, a stratégiasok a triádokat, a hierarchiát és a tünetfenntartó mintákat figyelik, a Bowent követők a differenciálódás szintjeit, és így tovább. A szociális konstruktivistákat különösen az érdekli, hogyan tekintik a kliensek saját világukat; az ő hangsúlyuk a személyes jelentés elsőségén van.⁶⁰¹

Azaz minden terapeuta végez valamilyen folyamatos becslést, bár a legtöbbben ezt előre lefektetett értékelő eljárás követése nélkül teszik. Küzdve azért, hogy a kutakodást a családi viselkedési minták, hiedelemrendszerek stb. után annyira természetes keretek között tartsák, amennyire csak lehetséges, a legtöbbben a terapeuta-család interaktív folyamatot próbálják erre felhasználni. Valószínűleg úgy vélik, hogy a terápiát megelőző formális tesztelés, különösen, ha a későbbi terapeuta a tesztelő, rossz nyomra téríti a kezelést. A kívülről, elkülönült, főként sugalló tesztelő pozíciónak a család gyakran ellenáll, ami megnehezíti a terapeuta becsatlakozását. Sokan azt gondolják, hogy a családokhoz kezdetiől fogva őszintebben viszonyulva, nincs szükségük semmiféle olyan mesterséges kapcsolatra, mint amilyent egy formális tesztfelvétel eredményezne.

A család becslése két fontos célt szolgál: (a) iránymutatást arra, mire van szükségük a klienseknek; és (b) hogyan lehetne a legjobban beavatkozni; majd értékelni a terápia haladását és a kimenetelt. Bagarozzi⁶¹ a vizsgált helyzethez szabott teszteszközök használatát ösztönzi, melyek eredményei felhasználhatók egy többdimenziós „családi profil” megformálására és így segíthetik a kezelési célok körvonalazását és a terápiás haladás értékelését. L'Abate⁴⁷² a formális tesztelést kerülők figyelmét arra hívja fel, hogy a családi rendszer elnagyolt benyomásokra építő szemlélete elkeni az adott problémában meglevő finom egyéni különbségeket, tehát mind a rendszerszintű (a család), mind a pszichológiai (az egyén) becslésére szükség van:

A hagyományos rendszerszemléletű perspektíva a család megértésének szubjektív jellegét hangsúlyozza; a pszichológiai felfogás viszont ezen túlmenően a család objektív megértését is megköveteli; ennél fogva mind a szubjektív felmérés (interjú), mind az objektív mérés (kérdőívek, becslőskálák, tesztek) alkalmazandó. (4)

A családok természetesen bonyolult rendszerek, becslésük és annak megszerkesztése különösen nehéz. A jelentősen eltérő nevelési stílusok, a családi életciklus adott szakasza, az egymásra ható alrendszerek, a családot körülvevő nagyobb rendszerek és a kultúra nyomása még inkább komplikálják a hiteles mérést. Elismerve a rendszerfogalmak mérésének bonyolultságát, jó néhány kutató mégis folytatja a családi működést becselő eszközök fejlesztését. Az alábbiakban ezekből mutatunk be néhányat.

Önjellemző módszerek

Ezek a legelterjedtebbek a családi kapcsolatok és folyamatok mérésében, rendszerint kérdőív-formájúak, és a családtagok attitűdjeit, értékeit, szerepeit, önértékelését, a kapcsolatokkal való elégedettségét célozzák.¹²⁸ Felvételük egyszerű, használatuk nem költséges, és alkalmasak a viselkedés mögöttes, közvetlen megfigyeléssel nem detektálható vonásainak feltárására. Miután minden családnak van egy „saját használata”, szubjektív látásmódja a családi viszonyokról, ez a terapeuta számára garantálja a belső kapcsolatok „nagyítószögű” felvételét, segítve azok jobb megértését.³⁴⁵ Az önjellemző módszerek a terápia bármely szakaszában alkalmazhatók, mérve az adott beavatkozás hatását és a változást.³⁰⁷

Mindazonáltal jogos kritika, hogy az ilyen felmérések nem objektívek, és azzal a rizikóval járnak, hogy a kliensek pontatlan információkat nyújtanak önmagukról. A saját személyre vagy a többi családtagra vonatkozó (kedvező vagy kedvezőtlen irányú) elfogultság, az események felidézéseinek lehetséges hibái további gondot okozhatnak. Azt is érdemes megjegyezni, hogy az eredmények az egyéni észlelést tükrözik és nem adnak összefüggő képet.¹²⁸

Az Olson-féle Családteszt

Egy gondosan kutatott és hitelesített, ennél fogva vonzó példája az ilyen „bennfentes”, családtagi szemléletnek a családi élet két központi vonását – a rugalmasságot és a kohéziót – mérő, az Olson és mtsai^{622,624} által kifejlesztett ún. *circumplex modellen* alapuló technika. A lelkiismeretes vizsgálattal (25 év alatt több mint 1000 családnál vették fel, vagyis a hét életciklus mindegyikére legalább 100 felmérés jutott) kidolgozott módszer annak megértését célozza, hogyan küzd meg a család a különféle feszültségekkel és követelményekkel. Mivel a családi minták diagnosztizálásá-

ban a a DSM-IV kategóriák használata nem kielégítő,^{*} ezzel és más hasonló módszerekkel alkalmazhatóbb osztályozási rendszer alakítható ki. Az értékelést eredetileg elsősorban normál fehér, kétszülős családokkal dolgozva fejlesztették ki, és azután vizsgálták egyéb formájú (egyszülős, nevelőszülős családok, homoszexuális párok) és etnikumú alakzatoknál.¹²⁸

Az Olson vezette munkacsoport (Minnesota Egyetem), a rendszerelméletre alapozva, olyan modellt fejlesztett ki, amely méri a család rugalmasságát (váltási lehetősége a szerepekben, a család vezetésében és a kapcsolati szabályokban) és kohézióját (a tagok érzelmi kötődése egymáshoz). A két dimenzió 25-féle pár- vagy családi kapcsolatot tud leképezni (17.1. ábra). Harmadik dimenzióként szerepel a kommunikáció (egymás meghallgatásának képessége, ami megkönnyítheti vagy gátolhatja a két fő dimenzió változását). A rugalmas családi működés egyensúlyt követel a stabilitás és a változás között, a kohézió pedig az összeolvadás és az elkülönülés között.

Mint a 17.1. ábrán látható, a családi kohézió (közelségnek) öt szintjét különböztetik meg, a szétkapcsoltságtól a teljes összeolvadsáig. A rugalmasságnak (hogyan egyensúlyoznak a családok stabilitás és változás között) szintén öt emeletét tünteti fel a diagram: a mereven rugalmatlantól a kaotikusan rugalmasig. Túl erős kohézió esetén a család erősen összeolvadt, a tagok belefolynak egymás életébe; túl gyenge kohézióval viszont távol vannak egymástól, elszigeteltek, nem bevonhatók. A túlzott rugalmasság túl sok változáshoz, azaz kiszámíthatatlansághoz és esetleg káoszhoz vezet a családon belül; a rugalmatlanság véglete viszont merevséget és stagnálást okozhat. Az egyes dimenziók kiegyensúlyozott szintje az optimális családi működés különféle fokozatait képviseli, a szélsőségek viszont a családra nehezedő kapcsolati problémák jelzései.

Egy család helyzetét a rácsban tagjainak válasza határozzák meg, melyeket egy 20-tételes önjellemző kérdőív (Family Adaptability and Cohe-

* Komoly buktató a DSM-IV esetében, hogy az egyénre összpontosít és nem tartalmaz családi diagnózist (kivéve néhányat a V-kódok között). A legutóbbi DSM revízió alkalmazásával a Kaslow⁶⁴⁴ vezette Koalíció a Családi Diagnózisért megkísérelt „kapcsolati diagnóziseket” is felvetni, de sikertelenül. Több kutatásra van szükség ahhoz, hogy a „kapcsolati zavar” súlyosságát pontosan definiálni lehessen – ez kulcsfontosságú minden osztályozásnál. Javaslható megoldás lenne a DSM-IV függékében található Kapcsolati Működés Globális Becslése (Global Assessment of Relational Functioning, GARF) felvétele, amely egy rövid, egydimenziós skála, és a segítségével a gyakorlott szakember meg tudja becsülni a családtagok affektív, problémamegoldó és szerveződési szükségleteit.^{393,684}

		KOHÉZIÓ (KÖZELSÉG)				
		nincs	gyenge	közepes	erős	nagyon erős
FLEXIBILITÁS	nagyon erős					
	erős					
	közepes					
	gyenge					
	semmi					

☐ mind a kohézió, mind a flexibilitás szerint egyensúlytalan
☐ közepesen egyensúlytalan
☐ kiegyensúlyozott, egészséges működés

	egyensúlytalan (1. oszlop)	egyensúlyos (2-4. oszlop)	egyensúlytalan (5. oszlop)
A kohézió jellemzői:			
elkülönültség vs. együttségi	túlszórta/ elkülönült	-tól — -ig	nagyon összekötött
közelség	kevés	közepes	túlszórta
lojalitás	hiányzik	mérsékelt	megkövetelt
függetlenség	magas fokban független	-tól — -ig	teljes függés

	egyensúlytalan (1. sor)	egyensúlyos (2-4. sor)	egyensúlytalan (5. sor)
A flexibilitás jellemzői:			
változás képessége	túl sok	-tól — -ig	túl kevés
vezetés	hiányzó	megosztott	tekintélyelvű
szerepmegosztás	dramai váltások	-tól — -ig	igen ritkán
megyelem	akadozó	demokratikus	szigorú

17.1. ábra. Pár- és családi térkép

sion Evaluation Scale, FACES⁶²⁰) rögzítenek. Minden családtag kétszer tölti ki a kérdőívet; a válaszok jelzik, hogyan látja a válaszoló a családját, és milyennek képzelne el az ideális családi működést.

A circumplex modellel kapcsolatos kutatás két irányban folytatódott: egyrészt finomították a FACES egyes tételeit, másrészt javították a teszt érvényességét.⁴⁶⁹ Mint a 16. fejezetben megjegyeztük, Olson és mtsai⁶²³ maguk is továbbfejlesztették a módszert, kialakítva egy tesztet a házassági kapcsolatra felkészültség mértékéről. Ez a PREPARE (PREmarital Personal And Relationship Evaluation), egy 165 tételű önjellemző kérdőív, amely a vizsgált pár két tagjánál a kapcsolati erőket és gyengeségeket méri. Az eredményeket egy 15 oldalas számítógépes nyomtatvány összegzi.

Családi Környezet Skála

Ezt az önjellemző kérdőívet (Family Environment Scale, FES⁵⁸⁷) szintén széles körben használják a családkutatásban; ez a családi környezet hatását méri az egyéni és családi működésre. A kutatást azzal a feltevéssel kezdték, hogy a szociális klíma jelentős mértékben szabályozza és irányítja a benne élők viselkedését, és hogy jellegzetességei pontosan felmérhetők. Például bizonyos tényezők támogatottabb jellegűek, mint mások, éppen így mérhető lehet a környezeti tényezők egymáshoz viszonyított merevsége, tisztasága, strukturáltsága stb.

A FES sok nyelvre lefordított, megbízható és hiteles mérőeszköz.^{119,692} Értékes klinikai teszt a család működésének kulcstényezőiről. A felvétele egyszerű; 90 „igaz/hamis” állítást tartalmaz („A családtagok igazán segítik és támogatják egymást”, „A családtagok gyakran visszafojtják az érzéseiket”, „Sokat veszünk a családjunkban” stb.). A vizsgálati személyek először értékelik a saját családjukat, aztán úgy válaszolnak, ahogyan szerintük egy ideális családban az történe.

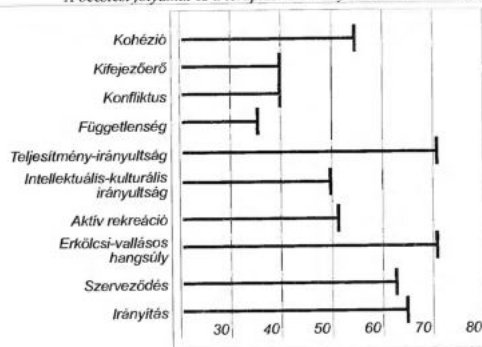
A FES-t 10 alskála alkotja. Minden skálán minden családtagot pontoznak, és az átlagolt pontszámot ábrázolják a családi profilban. A 17.2. ábrán bemutatott profil adó család (két szülő, a két gyerek már 20 év felett van) társadalmi státusa erősen felfelé ível, a családi élet egyéb vonatkozásai között hangsúlyozza a személyes fejlődést (különösen teljesítmény- és erkölcsi-vallásos téren). A 17.3. ábrán bemutatott gyermektelen pár éppen ezeket az értékeket nem hangsúlyozza. Ők megegyeznek abban, hogy a kapcsolatok sokkal fontosabbak a teljesítménynél, a konfliktus minimális, egymás kontrollálása pedig alacsony. Ez a pár nagyon pozitívnak érzi az általuk teremtett szociális környezetet.

17.1. táblázat. A FES alskálái

Kapcsolat dimenziói	
1. Kohézió	A családtagok milyen mértékben elkötelezettek a család felé, és milyen mértékben segítik és támogatják egymást.
2. Kifejeződés	Milyen mértékben megengedett és támogatott, hogy a családtagok nyíltan cselekedjenek és szemtől szemben kifejezzék az érzéseiket.
3. Konfliktus	Milyen mértékben lehet nyilvánítani a haragot és az agressziót, és általában a konfliktusos kölcsönhatások mennyire jellemzi a családot.
Személyes növekedési dimenziói	
4. Függetlenség	Milyen mértékben bátorítják a családtagok önbizalmának fejlődését, az önálló döntést.
5. Teljesítmény-irányultság	Milyen mértékben oszlanak meg a tevékenységek (például a tanulás és a munka) teljesítmény-központúság vagy versengés szerint.
6. Intellektuális- kulturális irányultság	Milyen mértékben érintik a családot politikai, társadalmi, intellektuális és kulturális tevékenységek.
7. Aktív rekreáció	Milyen mértékben vesz részt a család különféle rekreációs és sporttevékenységekben.
8. Erkölcsei-vallási hangúly	Milyen mértékben kerülnek szóba illetve hangsúlyozódnak a családban etikai és vallási kérdések és értékek.
A rendszert fenntartó dimenziók	
9. Szerveződés	Mennyire fontos a rend és a szerveződés a családban, azaz mennyire strukturálódnak ezek szerint a tevékenységek, a családi költségvetés, és mennyire ki-mondott és világos ez a családi szabályokban és felelősségekben.
10. Irányítás	Mennyire szerveződik a család hierarchikus módon, mennyire merevek a családi szabályok és procedúrák, mennyire parancsolnak a családtagok egymásnak.

Megfigyeléses módszerek

A párok és családok megfigyelése egymásra hatásuk közben különösen vonzó azoknak, akik a családi működés objektív, „kívülről” mérését részesítik előnyben, a kevésbé megbízhatónak tekintett önjellemzésekkel szemben. Ezek a megfigyelésen alapuló mérések általában vagy valami-

17.2. ábra. FES pontszámok egy teljesítményközpontú családban³⁸⁷

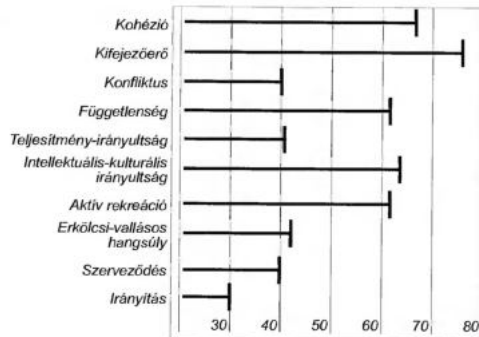
lyen kódolható séma formáját veszik fel (diagrammal, térképpel,* a kognitív, affektív és kapcsolati dimenziókban) vagy *becslőskálák* (előre meghatározott dimenziók mentén kell értékelni és pontozni a nyíltan megfigyelhető mintákat).³⁴⁵

Az előbbi a családtagok egymással kapcsolatos folyamatos viselkedésének pillanatról pillanatra történő megfigyelésére tervezték, az utóbbit a család egy átfogóbb, objektív, összegző megítélésére. A gondosan felépített teszt-útmutatások gyakran segítik a tárgyilagosságot és fokozzák az értékelés megbízhatóságát és érvényességét. A megfigyelés történhet a rendelőben, klinikai laboratóriumban vagy a kliens otthonában.

A családi működés McMaster modellje

Egy hosszú távú, tapasztalati kutatásra alapozott program – amelyet a montreali McGill (később McMaster) Egyetemen kezdtek az 1950-es években – főleg a családstruktúrát és szerveződést, valamint a családi tranzakciós mintákat jeleníti meg. Ennek a gondosan kimunkált mérési

* Minuchin családtérképezése a család tranzakciós mintáiról az interaktív kódoló rendszer használatának jó példája, míg Bowen felmérése adott családtag önelkülönülésének mértékéről becslőskálát használ.



17.3. ábra. FES pontszámok kapcsolati hangsúlyú, alacsony irányítású párnál⁸⁷

technikának az alkalmazását a 80-as években a Brown Egyetemen folytatták (Providence, Rhode Island), különös figyelmet szentelve annak, hogyan alakul ki és tartja fenn a család önmagát a megfelelő készségek kifejlesztésével, a szükséges feladatok kezelésére.

A McMaster modell^{231,235} a családi működésnek a tagok érzelmi és fizikai jólétére leginkább kiható dimenzióira koncentrált. A fő figyelem három területre összpontosul:

1. **Alapfeladatok** (hogyan kezeli a család az életfunkciókhoz szükséges kérdéseket – étel, pénz, szállítás, menedék).
2. **Fejlesztési feladatok** (hogyan kezeli az idő hozta változásokból származó problémákat, mint például a gyermekvállalással járó terhességek, vagy amikor az utolsó gyermek is kirepül).
3. **Kockázatok** (hogyan kezelik a betegségek, balesetek, állás- és jövedelemvesztés, munkahelyváltások stb. következményeit).

Egy adott család nehézségei ezen a három feladatterületen igen jól jelzik, mennyire várható náluk klinikai szintű problémák kialakulása. A modellhez kifejlesztett mérőeszköz (McMaster Clinical Rating Scale²³¹) hat működési területen méri a családi működést:

- A) **Családi problémák megoldása** (mennyire képesek a család hatékony működését fenntartó kérdések megoldására).
- B) **Kommunikáció** (hogyan és mennyire hatékonyan történik az információk és az érzelmek cseréje, és vajon a kommunikáció nyílt vagy rejtett, közvetlen vagy közvetett).
- C) **Családi szerepek** (mennyire egyértelműen és megfelelően vannak definiálva; hogyan osztják meg a felelőségeket és követik azok teljesítését, hogy fenntartsák a családot és támogassák tagjai személyes fejlődését).
- D) **Érzelmi fogékonyság** (mennyire képes a család reagálni adott helyzetekre, és a kísérő érzelmek mennyiségi és minőségi szempontból megfelelőek-e).
- E) **Affektív bevonódás** (milyen mértékben mutat a család érdeklődést tagjai különféle egyéni tevékenysége iránt, és mennyire értékeli azt).
- F) **A viselkedés kontrollja** (milyen mintát követ a család a veszélyes helyzetek, belső és külső társas események kezelésében, és tagjai pszichológiai szükségleteinek, mint evés, alvás, szex, agresszió stb. kielégítésében).

A tesztben megkísérlik felmérni, mennyire jól felel meg a család elsődleges küldetésének, a szociális és biológiai fejlődést biztosító környezet kritériumainak. Az osztályozás 1-től 7-ig terjedő skálán történik (1= súlyosan zavart működés, 7=rendkívül jó működés); a 4-nél alacsonyabb minősítés jelzi terápiás beavatkozás szükségességét. Az egyes tagok válasainak pontozását követően egy családi átlag képezhető az egészség-ség-patológia skálán.

17.2. Terápiás találkozás Szolgáltatások a kliensek otthonában

A szociális munkában és az esetkezelésben régóta alkalmazott otthoni szolgáltatások mostanában kezdenek bekerülni a családi értékelés és beavatkozás gyakorlatába.⁷⁹⁶ Ez lehetőséget teremt, hogy a szakember a klienseket természetes környezetükben figyelje meg: és így többek között azt, hogyan zajlanak a szülő-gyermek interakciók, a tévzés, a lefekvés szabályai stb. Felszínre kerülhetnek a konfliktusok, a koalíciók és a lefokvés szabályai stb. Otthonában látható vallásos jelképek, fényképek, trófeák és hasonlók kirajzolják a családi élet képét. A szokásos megfigyelő technika megköveteli, hogy a terapeuta kérje meg a családot, nevezzenek meg egy problémát, és aztán figyelni, hogyan működnek, miközben megvitatják azt, egyeztetik különbségeiket, és megoldásra jutnak. Fontos, hogy a terapeuta eközben is megtartsa a saját határait, ne kerüljön a családi háromszögek, szövetségek vagy koalíciók csapdájába vagy egy hiányzó családtag szerepébe.

A Beavers-féle rendszermodell

Ez a jól megalapozott mérőszköz a családokat a mutatott kompetencia szerint rendezzi – mennyire képesek végrehajtani az önmaguk szervezéséhez és vezetéséhez szükséges feladatokat.⁷¹ A teszt egy 14 tételes becslőskála (Beavers Interactional Competence Scale) segítségével méri fel és osztályozza a működést. Az egyik (alacsony) végponton a vezetés nélküli, kaotikus, a tagjaira rátelepedő, diffúz belső határokat mutató családok vannak, a másik (magas pontszámú) végponton pedig azok, amelyekben a független tagok meghitt, de az önállóságukat tisztelő közelségben élnek. Az értékelés a család életének különféle időpontjaiban történhet, tehát az ismételt felvételekkel követhető a fejlődés, például egy terápia folyamán.

A családok két tengely mentén osztályozhatók: kapcsolati stílus és működési kompetencia (17.4. ábra). Az elsőbe tartoznak az olyan tételek, mint a reagálás a gyerekek igényeire, a felnőttek közötti konfliktusok nyíltsága, a harag vagy ellenségeség kifejezhetőségének mértéke, a nyilvánított pozitív és negatív érzelmek aránya stb. Az ún. *centripetális* stílusú családok inkább befelé figyelnek és a kapcsolati elégedettséget emelik ki, míg az extrém mértékben *centrifugális* stílusúakra a külső irányítás és a harag nyíltabb kifejezése a jellemző, és az, hogy a tagok a családon kívül keresik a kielégülést.³⁷²

A hozzáértés-dimenzió (vízszintes tengely) értékelésének alapja: a hatalom és a szülői koalíció kifejeződése, a családtagok kommunikációjának egyértelműsége, és így tovább. A grafikus diagram érzékletesen jelzi a családi működést; hasznos pillanatfelvételnként szolgál és irányt mutat a beavatkozás megtervezéséhez.

A FOLYAMAT ÉS A TERÁPIÁS EREDMÉNY KUTATÁSA

Mi képezi a terápias változást? Milyen körülmények vagy folyamatok serkentik vagy akadályozzák a változást? Hogyan mérhetők ezek a legjobban? Milyen hatékony a családterápia általában, és vannak-e hatékonyabb illetve hatástalan beavatkozások? Befolyásolják-e a kimenetelt a terapeuta és a család bizonyos jellemzői? Hogyan játszik közre a rassz, az etnikum, a nem, az életkor és a szexuális irányultság az eredményekben? Csupa olyan kérdés, amelyek megválaszolásával folyamatosan küzdenek a családterápia kutatói, hogy jobban értsék és jobbjítsák az összetett pszichoterápiás folyamatot.

17.4. ábra. A Beavers-féle rendszermodell, A-formájú alakzat*

		EGÉSZSÉGES										
		súlyosan zavart	határeseti	mérsékelt	megfelelően	optimálisan						
STÍLUS-DIMENZIÓ	centrifugális	gyakran szociopata	gyakran borderline	gyakran viselkedési zavar								
	kevert			kevert	adekvát	optimális						
	centripetális	gyakran szívroham utód	gyakran súlyosan kényszeres utód	gyakran neurotikus								
		10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
		Gyenge határok, zavaros kommunikáció, az odafigyelés hiánya, sztereotip megoldások, kétségbeesés, cinizmus, az ambivalencia tagadása										
		A káosz megoldása erőszakos kontrollal, a határok gyengeségét merevségük ellensúlyozza, távolságtartás, depresszió, agresszív kitörések										
		Viszonylag tiszta közlések, állandó kísérlet a kontrollra „szeretettel”, harag, szorongás vagy depresszió, ambivalencia elfojtása										
		Tiszta határok, fájdalmas megbeszélések, ambivalencia lassítás és vonakodó elismerése, néha meghittség, kontrollharcokkal keverten										
		Lehetőség a megbeszélésre, az egyéni vágyakozás és ambivalencia tisztázása, meghittség, melegség, humor										

* Az egyik láb képviseli a centripetális működést, a másik a centrifugális stílust.

Az utolsó 40 évben a pszichoterápia-kutatás a terápias folyamat (azaz, a kliens változási mechanizmusainak) kutatása felé fordult. Míg korábban a kimenetel kutatását az vezérelte, hogy legitimálják a családterápiát, „kb. 1980-ra kialakult az egyetértés abban, hogy a pszichoterápia mint kezelési eljárás igazolhatóan hatásosabb, mint a nem kezelés”.⁸¹⁴ A szakiroda-

lom egy legutóbbi áttekintése azt találta, hogy a pszichoterápiát kezdő kliensek 75%-a számára a terápia jótékony hatást; és a kezelési eljárásokban, az eredményt tekintve, csak kevés különbség van.⁴⁷⁴ Ami a pár- és családterápiát illeti, jelentős kutatási bizonyíték van arra, hogy ez a modalitás hatékony a gyermekeket, serdülőket és felnőtteket érintő kapcsolati zavarokban.^{657,279}

Jelenleg tehát a kutatás már túlhaladt azon az egyszerű kérdésen, hogy „működik-e?”, és a kimenetel vonatkozásában az összehasonlító vizsgálatok felé fordult: melyek a különféle kezelési stratégiák előnyei-hátrányai, egymáshoz viszonyítva? A kutatás fókuszba kiszélesedett, és előtérbe került a pár- és családterápia alkalmazásának vizsgálata a konkrét klinikai problémákban.⁷³⁵ Ugyanakkor próbálják feltárni a folyamat változóit,¹⁶ vizsgálva a változás mechanizmusainak természetét. Valójában ez az az irány, amely hatékonyabb kezelést biztosító stratégiák és beavatkozások feltáráshoz vezethet.⁴⁰³

A folyamat kutatása

Hogyan változnak a párok vagy családok a sikeres terápiás tapasztalat nyomán? Mi történik ténylegesen, a családterápiás üléseken és azokon kívül, ami a kívánt kimenetelhez vezet? Van bizonyíték valamilyen eszköz-tárra, amely minden hatékony kezelésben közös? Az egyes terápiák különbözőképpen használják ezeket a hatékony elveket? A növekvő érdeklődés ellenére, hogy a kutatás pontosan határozza meg, mely eljárások az eredményesek,^{384,203,20} és hogy bizonyos terápiák miért hatékonyabbak másoknál, az igazság az, hogy viszonylag keveset tudunk a személyes változásról is, meg a családon belüli kapcsolati változásokról is.²⁸⁰

Vagyis, szemben a családterápia empirikusan tapasztalt hatékonyságával, a kezelés során zajló változási folyamatokról jóval szegényesebb a kutatási anyag. Ez a helyzet mostanában kezd javulni, ahogyan sorra vezetnek be az új mérőeszközöket és a kutatás-orientált, minőségi módszereket, amelyek alkalmazásával nemcsak klinikailag hasznos, hanem módszertanilag is kifogástalan adatokhoz jutunk. A sikeres folyamatkutatás segítségével azonosítani lehet a hatékonyabb kezeléshez vezető terapeutai beavatkozásokat, terapeuta–kliens kölcsönhatásokat vagy a kliens viselkedésének változásához vezető elemeket. Az ilyen információ különösen fontos a gyakorlat számára, és segíthet áthidalni a kutató és a klinikus közötti távolságot.⁷⁶⁶

17.3. A terápiás ülés mely mechanizmusai serkentenek változást?

Szövetség a család és egy törődő, hozzátérő, a család aktuális problémájára ráhangolt terapeuta között, különösen, ha azt sikerül a terápia kezdetén megalapozni; ez a szövetség bizalmat, reményt és biztonságérzést épít. A kliensekben bekövetkező kognitív változások: nagyobb tudatosság és megértés és a cél közös érzése. A kliensek viselkedési változásai: megerősítő elköteleződés egymás iránt. Ahhoz vezető érzelmi tapasztalat, hogy az ember érzéseit a többi családtag értékeli. A terápia fókusz kitartóan hangsúlyozza a családi kapcsolatok erősítését, az index-páciens hibáztatása helyett. Konstruktív párbeszéd ajánlása és a terapeuta állhatatos erőfeszítése a negatív érzelmi és kapcsolati zsákutcák blokkolására. Nagyobb önfeltárás, ami a résztvevőket sebezhetővé teszi, de odafigyel rájuk és megvédi őket. Pozitív bevonódás, amelyet az az érzés vezérel, hogy a családtagok együtt dolgoznak a család jólétéért.

A folyamatkutatás megkísérli felfedezni és műveletileg leírni, ami ténylegesen lezajlik a terápia folyamán. Melyek a terapeuta–kliens kapcsolat állandóan ismétlődő vonásai, azok a konkrét, az üléseket átható események vagy kölcsönhatások, amelyek együttesen felépítik a sikeres terápiás élményt? Lehetne ezeket mérni és katalogizálni? Milyen konkrét beavatkozások vezetnek terápiás áttöréshez? Lehetne-e ezeket olyan elemi, kisebb lépésekre bontani, amelyek azután ismétellhetők, begyakorolhatók és a képzésben taníthatók? Vannak-e sajátos beavatkozási módok a különféle problémával küzdő családoknál, amelyek hatékonyabbak a többinél? Játsszik-e szerepet a terapeuta neve a kezelés haladásában? Mi a helyzet a terapeuta stílusával (kezdeményező vagy visszafogottan reagáló, értelmező vagy kollaboratív, és így tovább)? Milyen tényezők döntik el, hogy ki marad meg a terápiában, és ki esik ki idő előtt? Hogyan befolyásolják a kulturális változók a terápiás eljárást?

Ezekre a kérdésekre meg kell találni a válaszokat ahhoz, ha demonstrálni kívánjuk egy adott kezelési megközelítés hathatóságát – különösen most, amikor az egészségbiztosítási piacon a családterápia túlélését veszélyek fenyegetik.¹⁶ A kutatásnak gazdaságilag is bizonyítania kell az egészségbiztosítók, az állami egészségügyi hatóságok és az elmeügyi politika döntéshozói felé, hogy a „termék” hatékony, és be kell venni a mentálhigiénés szolgáltatások körébe.⁶⁵⁵

Greenberg és Pinsof⁶⁴² a folyamatkutatásra a következő definíciót ajánlja:

A folyamatkutatás a páciens és a terapeuta rendszereinek kölcsönhatását tanulmányozza. Célja az ebben a rendszer-kölcsönhatásban végbe menő változási folyamatok azonosítása. A vizsgálódás köre kiterjed valamennyi, a változással kapcsolatos viselkedésre és élményre ezekben a rendszerekben, a terápiás ülések folyamán és azon kívül. (18)

Érdemes megfigyelni, hogy ebben a definícióban a fogalmakat tág értelemben használják. A páciens (vagy kliens) rendszer például többet jelent, mint az azonosított páciens; beleértendő a nukleáris és a tágabb család tagjai éppúgy, mint a klienssel és a családjával kapcsolatba került szociális szolgálatok tagjai. Hasonlóképpen, a terapeuta-rendszerbe szintén beleszámíthatnak a terápiás egység további terapeutái is, nemcsak a családdal találkozó terapeuta.

A terapeuta-család kölcsönhatás méréseiből származó adatok szintén fontosak. Megjegyezzük, hogy a folyamatkutatás nem egyszerűen arra vonatkozik, ami az üléseknél történik, hanem az üléseken kívüli eseményekre is. Végül, a résztvevők tapasztalatai, gondolatai és érzelmei éppen annyira hitelesek, mint megfigyelhető cselekvéseik. Ennélfogva bizonyos (fentebb bemutatott) önjellemző módszerek értékes adatokat nyújthatnak a folyamatkezelés számára.

A folyamatkutatás azt próbálja feltárni, hogyan működik a terápia, milyen tényezők (a terapeuta illetve a páciens viselkedésében, illetve kölcsönhatásukban) társíthatók a javulással vagy a romlással. Például vizsgálható egy adott folyamat-elem – ki szólal meg először, ki beszél kihez, kit szakítanak félbe, és így tovább. Vagy megvizsgálható, hogy egy adott, például anorexiás család esetében az aktív-direktív becsatlakozás végződik-e erősebb terápiás szövetséggel, vagy pedig egy passzívabb, reflektív stílus. Vagy például a folyamatkutató arra kíváncsi, milyen speciális módszerek váltják ki a részvételi hajlandóságot a család alkoholistá tagjánál, illetve melyek vezetnek ellenálláshoz és a kezelés feladásához. Vannak-e olyan beavatkozási technikák, amelyek alkalmasabbak a terápia kezdeti szakaszában, és mások, amelyeket tanácsos később alkalmazni?

A folyamat kérdéseit összekapcsolva a kimeneti eredményekkel, a terapeuta egy tapasztalatilag validált térkép szerint haladhatna, ami sajnos még nem érhető el a családterápia legtöbb modelljében.⁶⁵⁵ Létezik néhány kivétel.³⁸⁴ Az érzelmi fókuszú párterápia (lásd a 9. fejezetben), ame-

lyet az emóciókutatás és a kötődésemélet integrált eredményeire alapoztak, egy lépésről lépésre lebontott kezelési tervet ajánl, amely segíti a klienseket az érzelmi tapasztalat elérésében. A másik sikeres próbálkozást a funkcionális családterápia (13. fejezet) képviseli, amelyben a viselkedés és a rendszerelméletet ötvözi veszélyeztetett serdülőket kezelésében. Ebben a terápiás szövetség felépítésének és a problémás viselkedés jelentésmódosításának technikái szerepelnek.⁶⁷⁶

A tapasztalat által támogatott folyamatkutatások sokkal előrehaladottabbak a kognitív-viselkedéses megközelítésekben. Ezek a rövid, rögzített eljárásmodók, adott konkrét célra irányuló módszerek nem szükségképpen a leghatékonyabbak, azonban könnyebben tesztelhetők a hagyományos kutatási eszközökkel, mint a többi megközelítés. A legkevésbé jól definiáltak, kutatási célokra, a szociális konstrukcionista terápiaik. Ezek esetében még nem munkáltak ki tesztelhető feltevéseket (például arra, hogy a csoda-kérdés a megoldásközpontú terápiában hogyan érinti a kimenetet, túl a „nyelvi hatáson”).³⁸⁴ Hasonlóan, miközben a narratív terápia a kliensek életének „újra-komponálását” tartalmazza, hogyan lehet pontosan mérni és pontosan követni ennek az újra-komponálásnak a sikerességét? A kötetben tárgyalt legtöbb modell esetében a változás mechanizmusainak meghatározásában komolyabb bizonyíték szükséges, hogy megfeleljenek a tapasztalati kutatás kritériumainak.

A kimenetel kutatása

Végül mindenféle formájú pszichoterápiának választ kell adni erre a fő kérdésre: hatékonyabb, gazdaságosabb, veszélytelenebb, és végül, tartósabb eredménnyel jár-e az adott eljárás, mint a többi megközelítés (vagy mint a kezelés nélküli helyzet)? A kimenetel kutatásában ugyanazokkal a nehézségekkel kerülünk szembe, mint az egyéni terápia eredményességének felderítésekor, azokon a további bonyodalmakon felül, amelyeket a többszemélyes rendszerek kölcsönhatásainak követése és mérése jelent.

Hogy jelentőségteljes legyen, az ilyen kutatásnak többet kell tennie, mint vizsgálni az általános terápiás hatékonyságot; meg kell határozni azokat a feltételeket, amelyek között a családterápia eredményes – a családok típusát, etnikai vagy szociális hátterét, a problémák vagy az adott helyzet kategóriáját, a családi működés szintjét, a terápiás technikát, a kezelési célokat, és így tovább. A kutatásnak bizonyítania kellene, milyen modellek és milyen problémák esetén működnek a legjobban, és hogy

17.4. Kutatási jelentés

Hatáskutatás versus hatékonyság-kutatás

A publikált kimeneteli tanulmányok ma a hatáskutatás két formájának valamelyikében jelennek meg; a kutatás folyhat kontrollált („laboratóriumi”) körülmények között, vagy pedig a mindennapi gyakorlatban („terepen”), például a családterápiás rendelesek feltételei között.⁶⁵⁷ A hatáskutatások azt kívánják feltárni, hogy vajon egy adott terápiás eljárás működik-e ideális, „kutatási” helyzetekben, míg a hatékonyság-felmérések azt, hogy az eljárás működik-e normál, mindennapos („klinikai”) körülmények között. Történetileg a legtöbb kimeneteli tanulmány a hatásra koncentrált, valójában azt kérdezte, hogy az adott kezelés működik-e ideális, kontrollált kutatási feltételek között. Sajnos, mint Pinsof és Wyane⁶⁵⁷ nemrégiben kimutatta, az ilyen laboratóriumi kutatások – amelyeket egyébként inkább finanszíroznak, mint a hatékonysági felméréseket – mindazonáltal gyakran annyira csekély hasonlóságot hordoznak a mindennapos gyakorlattal, hogy valószínűleg kevés, ha van egyáltalán hatásuk a pár- és családterapeuták zömének gyakorlatára.

A hatáskutatás jellegű kimenetel-tanulmányok közel ideális kísérleti követelmények között végezhetők: a pácienseket kettős vak módszerrel jelölik ki a kezelést kapó, illetve nem kezelt csoportokba; kezelési protokoll határozza meg a követendő főbb eljárásokat, a terapeutákat előzetesen felkészítik a részvételre és a munkájukat felügyelik, a célból, hogy a beavatkozásokat standardizálják; előre kitűzik a kimeneti kritériumokat, amelyeket független értékelők (tehát semmiképpen sem a terapeuták vagy a kliensek) mérnek. A kontrollált körülmények ilyen eszményi elrendezése gyakran önmagában is alkalmas annak tisztázására, a terápia mely komponensei szerepelnek bizonyos kimenetekben. Azonban az ilyen, többnyire egyetemi vagy kórházi környezetben végzett vizsgálatok következtetéseit gyakran nehéz lefordítani a realitásban, a rendelők szokásos körülményei között folyó terápiák számára is használható ajánlásokra. Újabbban vannak kezdeményezések, hogy az empirikusan támogatott családterápia fejlesztése érdekében az élvonalbeli kutatás is vegye tekintetbe azokat a problémákat, amelyekkel a gyakorló klinikusok küzdenek.

milyen fajta nehézségek befolyásolásában alkalmasak a család szintű beavatkozások.

Egy metaanalízis,⁷³⁷ amely 163, a pár- és családterápia hatékonyságáról szóló (publikált és kézirat) tanulmány adatait vette számba, arra utal, hogy ezek a modalitások működnek; a kliensek szignifikánsan javultak, a kezeletlen kontroll-csoport egyedeihez viszonyítva:

Konkrétabban fogalmazva, ez azt jelenti, hogy a pár-/családterápiában részesült kliensek közül random választva, háromból kettő mutatói jobbakként, mint a kezeletlen mintából random választott személyé. Egy

ekkora változás jelentősen meghaladja azt a mértéket, amelyet általában az orvosi, sebészeti és gyógyszerészeti eredményekben találunk. (347)

Miközben a különféle pár- és családterápiás megközelítések mindegyikéről úgy találták, hogy hatékonyabbak, mint a nem kezelés, egyikről sem derült ki, hogy hatásában kitűnne a többi módszer közül. (Itt azonban meg kell jegyeznünk, arról sincs szó, hogy valamelyik módszer jobban illene bizonyos családokhoz, mint a többi, vagy biztosan jobban működne bizonyos fajta problémák esetében. Ráadásul, az adott terapeuta olykor jártasabb vagy különlegesen tapasztalt bizonyos speciális problémák megoldásának segítésében.) Néhány esetben a terápiás erőfeszítések kombinálása (pszichoedukáció, gyógyszerelés, egyéni és csoportterápiás kiegészítés) tűnik a legjobb válasznak.⁶⁵⁸

A kimenetelt felmérő, olykor igen gondosan tervezett tanulmányok általában támogatják az egyes terápia-formák hatékonyságát. Minchin és munkatársainak strukturális családterápiája (43 anorexiás gyermek és családjuk esetében) 90%-ban eredményezett javulást, és ez még a több évvel későbbi utánkövető interjú szerint is tartós volt.⁵⁸³ Murdock és Gore⁵⁹⁴ a Bowen-féle terápiát vizsgálva megerősítette: a terápia tartósan befolyásolta azt, ahogyan a családtagok további életükben kezelték a feszültségeiket. A stratégias terápia egy korai, nem szigorú értékelésében Watzlawick és mtsai⁶⁰¹ a három hónappal későbbi utánvizsgálatnál 40%-os teljes tünetmentességet és 32%-ban jelentős javulást talált (28%-ban nem volt változás). Egy másik felmérés¹⁵⁰ tíz beszámolót elemzett a milánói módszerről, itt az esetek 75%-ában volt javulás. Bár az idézett felmérések minden esetben hatékonynak tartották az egyes terápia-formákat, módszertanukban és kivitelezésükben nem voltak kellően következetesek, így végleges megállapításaik sem perdöntők.

Az utóbbi években azonban a kutatási módszerek javultak, új statisztikai mutatókat vezettek be, és a finanszírozás is nagyobb ívű kutatásokat tett lehetővé (különösen a specifikus populációkra irányult). A család szintű beavatkozásokat támogató bizonyítékok különösen erősek a serdülőkori viselkedészavarokban; ezek a megközelítések a gyakorló klinikusok körében éppúgy elfogadottá váltak, mint az állami és helyi szolgálatok előtt. Különösen figyelemre méltó itt a funkcionális családterápia, amely az erősen veszélyeztetett serdülőket és családjaikat célozza és segíti a gondot jelentő kognitív, érzelmi és viselkedései folyamatok megvál-

toztatását.¹⁸ Ez multiszisztémás, és megfelelő protokoll szerint végzett beavatkozás, amely több szinten (család, iskola, kortárs-csoport, közösség) avatkozik be és a terápia mellett a szociális tanulásra alapozott szülőtréninget és rövid készségfejlesztést is tartalmaz.⁸⁴⁴ A drogozó fiatal felnőttek és serdülők családokra alapozott terápiája is kapott empirikus támogatást.⁷⁷² Egy hosszú távú megközelítés Szapocznik és mtsai⁷⁹³ kezdeményezése, amely stratégias és strukturális elveket hasznosít spanyol ajkú fiatalok viselkedési problémái és drogos életmódja esetében (az üléseket a család otthonában tartják). Hasonló megfontolású (empirikusan támogatott) narratív terápiáról is van beszámoló,⁵²³ ez kiscsoport-formában történt, olykor a szülőket is bevonva, Puerto Rico-i és mexikói családok gyermekei és serdülői számára, viselkedési zavar, fóbák és szorongás esetén. A szkizofrénia és bipoláris zavarok esetében alkalmazott család szintű beavatkozások nagy részt pszichoedukatív jellegűek (lásd 16. fejezet), felvilágosítva a családokat a betegségről és a visszaesések elkerülésének javasolt módjairól. Az érintett családokkal megismertették, hogy komolyan befolyásolhatják a családtag állapotának alakulását. Számos jól kimunkált, empirikusan támogatott tanulmány utal arra, hogy ezen a módon jelentősen lehet csökkenteni a visszaesések, gyakorlatilag a kórházi felvételek számát, összehasonlítva azokkal, akik a standard egyéni gondozást kapják.⁵⁴⁵

Végezetül, párkapcsolati problémák kedvező terápiás befolyásolására is vannak bizonyítékok.⁶⁹ Egy meta-analízisben²¹⁷ 15, módszertanilag igényes kimenetel-felmérést megvizsgálva azt találták, hogy a viselkedéses, a kognitív-viselkedéses és a belátás-orientált beavatkozások egyöntetűen hatásosabbak voltak, mint a kezelés nélküli csoportba került párok, mind a partnerek viselkedésében bekövetkező változások, mind a kapcsolatuk általános értékelése tekintetében. A párokkal végzett pszichoedukatív munka, mint amilyen a 16. fejezetben leírt PREP (kapcsolaterősítő preventív program), egy felmérés⁵²⁸ szerint szintén hatékonyan bizonyult és eredménye a 4-5 év múlva elvégzett utánkövetés szerint is tartósan fennmaradt. Hasonlóképpen az érzelmi fókuszú párterápia⁴²⁸ (a pár negatív kapcsolati mintáinak újrászervezésére célzottan) eredményességét szintén alátámasztja a kutatás. Egy másik felmérés szerint¹⁵⁹ viszont elég sok pár nem reagál kedvezően a (közelebből meg nem nevezett típusú) terápiára, és még a jó kimenetelűek között is a kapcsolat később tönkremegy.

A BIZONYÍTÉK-ALAPÚ CSALÁDTERÁPIA: ZÁRÓ MEGJEGYZÉSEK

Az elszámoltathatóság legújabb rohama, amelyet manapság láthatunk a gyógyászatban, arra készítik a szakembereket, hogy bizonyíték-alapú gyakorlatot folytassanak, ha az megvalósítható. A pszichoterápia birodalmában is lendületesen folyik a mentálhigiénés szolgáltatások tapasztalati hiteles bázisra építése.^{326,449,598} abból a feltevésből indulva, hogy a kutatással meg támogatott klinikai beavatkozások hatékonyabbak, és ezzel javul a szolgáltatás minősége, valamint a költségeket is csökkenti.⁶⁷³

A kutatók és a klinikusok egyaránt érdekelték a hatékonyabb terápiában. Különösen a pszichológiai kutatóbázisok (egyetemek stb.) ezt azzal támogatják, hogy megkísérlik a tudományos kutatás módszertanát alkalmazni a terápiás törekvésekre; szigorúan kontrollált feltételek között végzve a hatásvizsgálatot – és úgy vélik, mindez általánosítható lesz a mindennapi gyakorlatban. A klinikusok, akik szintén szeretnék bizonyítékokra alapozni a beavatkozásaikat, mindazonáltal arra panaszkodnak, hogy a random kiválasztással induló, szigorú feltételrendszer alapján kivitelezett kísérleti terápiák tapasztalatai csak korlátozottan használhatók a gyakorlatban előforduló populációk és problémák esetében.³²⁵ Sokak szerint, miközben ezek az erőfeszítések a pszichoterápia minőségének és költség-hatékonyságának – és elszámoltathatóságának – javítására egyértelműen dícséretesek, elég korlátozott számú bizonyíték van arra, hogy a tapasztalati validált technikák javítják a mentálhigiénés szolgáltatást vagy csökkentik a napi gyakorlat költségeit.

A bizonyíték alapú terápia széles körben elfogadott definíciója²⁷ szerint az a pszichológiában a klinikai szaktudás és a legjobbban elérhető kutatás integrálása a páciens jellemzőinek, kultúrájának és értékeinek kontextusában. Ez a definíció megerősíti, hogy szükséges

- a kutatási bizonyíték (mennyiségi és minőségi módszerek, klinikai megfigyelések, esettanulmányok, folyamat- és kimenetel-kutatás);
- a klinikai szaktudás (a terapeuta legyen jártas a becslésben, az eset megfogalmazásában, a kezelés tervezésében és a technikákban);
- a páciens részéről bizonyos jellemzők megléte (bizonyos személyiségjegyek, konkrét probléma, etnikum és kulturális háttér, nem, szexuális irányultság, szociális és környezeti kontextus).

Nehézséget jelent a klinikusok és a kutatók összehibékítésében, hogy más-más világban működnek – az előbbieket a kliensek szolgálatára, utóbbiak a

17.5. Kutatási jelentés**A bizonyíték-alapú terápiás kutatást alátámasztó feltevések**

- A tanulmányozott kliens-populáció homogén.
- A klienseket random módon jelölék a terápiás, illetve a nem kezelt (például várólistás) csoportba.
- A terapeutákat gondosan választják ki, felkészítik és a munkájukat követik. Konkrét, megállapított beavatkozási protokollt írnak elő.
- A kezelést egy adott zavar vagy diagnózis céljára tervezik.
- A kezelés rövid távú és rögzített időtartamú.
- Kezelési kézikönyvet használnak, hogy valamennyi kliens számára ugyanazokat a beavatkozásokat biztosítsák.
- A folyamat változási mechanizmusai jól tagoltak.
- A kezelés célja egyértelmű, jól körvonalazott.
- A kimenetelt előre meghatározott kritériumok szerint, és többféleképpen is méri.
- Hosszabb időszakon át utánkövetéssel figyelik az eredmények alakulását.

megértés kiterjesztésére vagy az új eljárások hatáskutatására összpontosítanak. A gyakorlott klinikusok gyakran egyben integrálók is; azt használják a sokféle teória vagy technika közül, ami a legalkalmasabb az adott kliens vagy család segítségével, és nem a terápiás protokollok rögzített szabályait. Felvetődik, hogy a kutatók jobban tennék, ha arra figyelnének, ami működik a terápiák valós világában, és nem a laboratóriumokban kitalált új kezelésmenetek, előírások fejlesztésére.⁸⁵⁴ A vita abban is folyamatos, hogy mi képez tudományos bizonyítékot, és hogy a pszichoterápia mennyiben humán encounter, amelyben *közös hatótényezők* (a gondoskodó terapeuta figyelme, a javulás elvárása, a katarzis, remény, visszajelzés, a megírt kapcsolat biztonsága) segítenek hozzá a sikeres kimenetelhez, függetlenül a terápiás modalitástól.

Mindazonáltal egyre inkább elfogadott, hogy a bizonyíték-alapú kutatásoknak helyük van a klinikai gyakorlatban. A klinikusok a harmadik, a finanszírozó fél részéről is érzékelik az egyre fokozódó nyomást, hogy a beavatkozásaik bizonyíték-alapú kezelésekre alapozódjanak. Néhány esetben a szervezett ellátás és az egészségbiztosítók már elkezdtek, hogy csak olyan klinikusok kezeléseit nyújtsanak térítést, akik bizonyíték-alapú terápiát végeznek. Bizonyos helyi, állami és szövetségi programok szintén csak tudományosan hitelesített programokat finanszíroznak, és ez a tendencia nyilvánvalóan folytatódik. A jövőben a klinikusokat egyre inkább elszámoltatják klinikai beavatkozásaik kimenetelének követéséről.

ÖSSZEFOGLALÁS

A családterápia kutatása megelőzte a beavatkozási technikák kifejlesztését, de az 1960-as évektől kezdődően a prioritások változtak, és a technikák elburjánzása eltávolodott a kutatástól. Az a helyzet mostanra kezd letűnni – a kutatás és a terápia kapcsolata érzékelhetően megújult és újra megszilárdult. Néhány klinikus, valószínűleg a kutatási eredmények és a mindennapi gyakorlat múltbeli gyenge kapcsolata nyomán úgy tartja, hogy a minőségi kutatási módszertanok vonzóbbak és inkább illenek a családterápiához, mint a kvantitatív kutatáson alapuló formálisabb, hagyományos kísérletes metodológiák.

Sokféle kutatói próbálkozás van a családok kategorizálására és becslésére; ezekben vagy önjellemző kérdőívet, vagy a közvetlen megfigyelés módszerét használják. A leginkább figyelemre méltó az Olson és mtsai által kifejlesztett családteszt, amely a családi működést a rugalmasság és a kohézió vonásaival méri, valamint a Moos által kidolgozott FES (családi környezet skála). A megfigyelésen alapuló mérés (rendszerint külső megfigyelők által felvett becslőskálák formájában) jó példája a Beavers-féle rendszermodell a családi kompetencia mértékéről, valamint az Epstein és mtsai által kidolgozott McMaster modell, a család stresszoldó jártasságáról.

A terápiás folyamat és kimenetel tanulmányozását az utóbbi években élénk érdeklődés kíséri. Az előbbi, azaz a terapeuta-kliens találkozás változást okozó mechanizmusai, elsődleges fontosságú, mivel ez elvezethetne a hatékonyabb terápiát biztosító, a változást serkentő elemek azonosításához. A kimenetel-kutatás, amely a hatáskutatást és a hatékonysági felméréseket egyaránt magában foglalja, miközben megszilárdítja, hogy a pár- és családterápia kedvező hatású, a figyelmet a bizonyíték-alapú gyakorlatra fordította – milyen beavatkozások, milyen kliens-populációban működnek a leghatásosabban. Különösen érdekes ma a változatos kapcsolati nehézségekkel küzdő egyének és családok számára kidolgozott alternatív terápiás megközelítések viszonylagos előnyeinek és hátrányainak a keresése. A bizonyíték-alapú családterápia valószínűleg egyre inkább uralkodóvá válik, ahogyan az egészségbiztosítók egyre erőteljesebben kiemelik a hatékonyságot és a költségek csökkentését.

A család-elméletek és -terápiák összehasonlítása

Ebben az utolsó fejezetben bemutatjuk a tárgyalt különféle modellek hasonlóságait és különbségeit. Kiindulásul fontos megjegyezni, hogy az elméletek szerzői szükségképpen egy viszonylag szűk fogalomkészlettel operálnak, kijelölve elméletük egyedi pozícióit. A többi elmélettel fennálló hasonlóságok keresését nem erőltetik – valójában ennek éppen az ellenkezője történik. Azonban, ha közelebbről szemügyre vesszük, megtaláljuk az elméletek és technikák átfedéseit; persze, figyelemre méltó különbségek is léteznek. Minden modellhez a különbségek toborozzák a híveket. Az elméletben könnyű puristának lenni, a gyakorlatban nem annyira. Az ideális helyzet az, ha sokféle elméletet ismerünk, a hozzájuk illő konkrét technikákat pedig, elméleti eredetükre tekintet nélkül alkalmazzuk a megfelelő kliens-populációknál. A jól képzett családterapeutának értenie kell a különféle elméleteket, és azt, hogy milyen populáció esetében használhatók azok a legjobban. A legtöbb terapeuta egy elméleti keretet követve, és az annak megfelelő klinikai eljárásokat használva indul a pályán, majd hamarosan új dolgokat is megtanul és alkalmaz, ha az eredetileg megismert elmélet – elkerülhetetlen hiányosságai miatt – bizonyos klienseknél problematikus. Így azután a gyakorlatban a legtöbb terapeuta végül eklektikus lesz, elfogadva (és használva) mindazon technikákat, amelyek a tapasztalata szerint jól működnek a felmerülő konkrét problémák kezelésében.

Sok terapeuta szerint családokkal dolgozva nehezebb kitartani egyetlen elmélet vagy technikai készlet mellett, mint az egyéni terápiában. A rendszerek mindig bonyolultak, és az egyik családtag sajátos igénye ütközhet a többiekével. Definíció szerint a család tagjai eltérő életciklus-szakaszban vannak, eltérő beavatkozásokra van szükségük. A terapeuta tehát az egyes tagot, a teljes családi rendszert és a tágabb környezetet egyszerre kell mérlegelnie, illetve reagálnia minderre. A szociális

konstruktivisták, éppúgy, mint a nemi témákra érzékenyek, különösen gyakorlottan terelik a figyelmet a családokat körülvevő társadalmi és politikai klímára.

Végül soron a képzett klinikusok gyakorlata – vagyis amit ténylegesen tesznek a családokkal – nagyobb hasonlóságot mutat, mint amit vallott elméleteik javasolnának. A személyes adottságok – a terapeuta saját élményei, bevonódási hajlama, érdeklődése, érzékenysége, empátiája, közvetlensége, humora stb. – mellett az elméleti tudás és a technikai jártasság azok a kulcstényezők; amelyek valamilyen kombinációban, együtt a bizonyíték-alapú kutatási eredmények ismeretével, hozzájárulnak a klinikai hatékonysághoz.

AZ ELMÉLETEK ÖSSZEHAONLÍTÁSA

A tanulmányozás egységei: monádok, diádok és triádok

A családterápia első úttörői közül sokan, akik a klasszikus pszichoanalízisben képződtek (mint Bowen, Jackson, Wynne, Böszörményi-Nagy), azt tették, amit a legtöbb forradalmár – elvették az uralkodó elméletet. Elutasították az egyéni dinamikát kereső pszichoanalitikus fókuszot, a baj gyökerét az egyénben kereső *monádikus* felfogást. Ehelyett ragaszkodtak az akkor igencsak radikális pozícióhoz, hogy az emberek pontosabban megérthetők – és ennek megfelelően könnyebben segíthetők – rendszer-szemléletben, kapcsolataik közegében. Ahogyan kapcsolódnak egymáshoz, ahogyan meghatározzák önmagukat a kapcsolatban, a formált szövetségekben és koalíciókban – mindezek egy szélesebb, *két- vagy három-személyes* nézőpontot igényelnek. Ennélfogva, a határok, az összeolvadás-szétkapcsoltság, alrendszerek (Minuchin), a háromszögek, a szimbiózis, a fúzió (Bowen), vagy a kapcsolati etika és a családi lojalitás (Böszörményi-Nagy) stb. elemeiből összeálló szemléletek túltékintenek az egyéni, és a rendszerben mutatott viselkedés ismétlődő mintáit kutatják.

Ma nem annyira a modellek közötti polaritás – intrapszichés vagy személyközi – a jellemző, hanem a hangsúlybeli különbség. Minden családterapeuta figyel a családi működés monádikus, diádikus vagy triádikus tényezőire; a különbségeket ezek súlyozása és kiemelése jelentik. Sok analitikusan orientált terapeuta is túlhaladt a klasszikus állásponton és kevésbé ragaszkodik az egyénben dúló konfliktusos erők kizárólagos figyelembe vételéhez. A modern pszichoanalízis tárgykapcsolat-elméleti alakult,

és ez elmozdulás a kapcsolatiság felé. A tárgykapcsolati családterapeuták, bár még mindig érdeklik őket a belső konfliktusok, azzal próbálják megérteni a családi viszonyokat, hogy kutatják azt a lenyomatot, amelyet a két partner a saját családjából hoz át az új kötelékbe. A férj–feleség diád példája lehet a projektív azonosításnak, ha a partnerek a saját elutasított énrészeiket a másikra vetítik.

A viselkedésterapeuták valószínűleg a tünethordozó személyt tekintik problémaként, elfogadva a szülők nézetét, és a krízis kezelésére a szülői készségeket fejlesztik. Az élményközpontú terápia, a pszchoedukatív felfogással együtt, szintén figyel az egyénre, de a családi kontextuson belül. Az előbbi a nehézséget a tagok közötti hibás viszonyulások és kommunikáció következményének tartja, és arra összpontosít, hogy az egyén kifejezze az érzelmeit (Satir), de azt folyamatosan a családi tranzakciók kontextusán belül tartva (érzelmi fókuszú terápiák). A pszchoedukációt végzők rendszerint a mentálisan súlyosan érintett családtag felé fordulnak, többnyire elfogadják az egyéni patológia definícióját, de felismerik az ó krónikus problematikus viselkedésének kedvezőtlen hatását a családi működésre. Arra irányultan dolgoznak, hogy az egész családban csökkenjen a tagok közötti érzelmi csere intenzitása, aminek nyomán enyhül a belső feszültség, és a tünethordozó tag visszaesése elkerülhetőbb.

Definíció szerint a családterapeuták diádokban vagy triádokban gondolkodnak, és hogy az emberek egymást (és önmagukat) kölcsönhatásaikon keresztül határozzák meg. A korai kommunikációelmélet (stratégias irányzat) a tünetképzés – mint kapcsolati üzenet – diádikus és triádikus jellegét egyaránt hangsúlyozza; Haley mindig három érintettet keresett a viselkedéscserében. Bowen elmélete is egyértelműen triádikus, főként az az elképzelése, hogy a háromszög a család érzelmi rendszerének alapvető építőeleme. Hasonlóképpen, a strukturalisták is triádikusak – a határdif-fúzió két személy között kétségtelenül érint (kizár) egy harmadikat.

Mi a helyzet az újabb terápiákkal, amelyeket már a posztmodern és poszt-strukturalista gondolat befolyásol? A megoldásközpontú, a kollaboratív és a narratív terapeuták gyakran az egyén problémáinak megoldására figyelnek – néhány kritikuskus szerint eközben gyakran elvész a teljes család figyelembe vétele. Másfelől, például Michael White és más narratívisták sosem tévesztik szem elől a családot; ők a család energiájának irányultságát próbálják megváltoztatni, ezzel támogatva őket, hogy leoldódjanak a fejlődést gátló történetről. De Shazer is valamennyi családtagnak

együtt kíván segíteni (hogy a „probléma-fókusz” egy „megoldás-fókusszal” váltsák fel); és Harlene Anderson is hasonlóképpen jár el. Bár közvetlenül nem foglalkoznak a családi konfliktusmintával, mindháman ragaszkodnak ahhoz, hogy a család mint egész hagyjon fel a makacs, korlátozó történetekkel, egy kielégítőbb önprezentáció érdekében.

Időkeret: múlt, jelen, jövő

Az egyes modelleket ebben a dimenzióban is összehasonlíthatjuk: a múlt, a jelen vagy a jövő kap-e nagyobb hangsúlyt. A pionírok ebben a vonatkozásban is szakítottak azzal, ahogyan a pszichoanalízis a múltat kereste az aktuális nehézségek magyarázatát – ehelyett a jelen itt-és-most családi kölcsönhatásaira összpontosítottak. Anélkül, hogy tagadták volna a múltbeli tapasztalat befolyását a jelenbeli működésre, az éppen zajló tranzakciók megfigyelésétől csak akkor kanyarodtak a múlt felé, ha az a megértéshez szükséges volt. Ma viszont jelentős a véleménykülönbség arról, hogy mely időkeretet kell hangsúlyozni az aktuális problémák leghatékonyabb kezeléséhez.*

A hosszú távú, klasszikus analitikus terápia a fókuszot az egyén korai formatív éveinek konfliktusaira fordította, ám ez a fajta kezelés, hossza és költségessége miatt ma már nem annyira kedvelt, különösen, amióta kiderült, hogy a hatékonysága is kétséges a tünetek uralásában. Modern formájában, mint amilyen például a tárgykapcsolati terápia, több történet, mint a múltbeli trauma keresése (bár az érdeklődés a korai introjektumok nyomozása után megmaradt). Ezek már rövidebb tartamúak, és valamivel direktívebben segítik a klienseket abban, hogy a megoldatlan korai konfliktusok és kötődési veszteségek feltárásával magyarázatot kapjanak az aktuális személyes és kapcsolati nehézségeikre.

Leginkább a transzgenerációs modellek hajlanak a származási család befejezetlen, és „visszaköszönő” dolgaira figyelni. Bowent a családi fűző mértéke érdekelte, Böszörményi-Nagyot a családi lojalitás és elkötelezettség érzései. Mindketten azon igyekeztek, hogy a családok értsék meg elmúlt nemzedékek kihatását vallott értékeikre, viselkedésmintáikra, problémakezelésükre, a hatalmi kérdésekre, és így tovább. (A multi-generációs szemléletet Framo és Whitaker is átvette; előbbi a kliensek számára származási család-üléseket szervezett, utóbbi pedig a nagyszülő-

* Egy gyakorlati megjegyzés: a menedzselte betegellátás korában a korai emlékek felfedése és rekonstrukciójának feleslegesnek ítéltése találkozik a betegbiztosítási költséghasznosítási törekvéssel.

ket mint tanácsadókat invitálta az ülésekre.) Bowen a genogram-technikával segítette, hogy a család megértse aktuális viselkedése transzgenerációs alapjait, Böszörményi-Nagynál pedig a családi adósságok és kötelezettségek múltbeli gyökereinek kutatása szolgált hasonló funkcióval.

A legtöbb mai családterapeuta azonban inkább a historizmus elvetésére hajlik, és arra biztatja a családokat, hogy a jelenben felmerülő kérdésekkel foglalkozzanak, és ne merüljenek el túlzottan a múlt utaló magyarázatokban. Az élményközpontú (Satir, Kempler), a kommunikációs/stratégiai és a milánói (Palo Alto csoport, Haley, Madanes, Selvini-Palazzoli) illetve a strukturális (Minuchin) terapeuták valamennyien a jelent hangsúlyozzák. A kognitív-viselkedésterapeuták szintén nem érdekli a maladaptív vagy problematikus viselkedés egzakt múltbeli eredete; ők inkább azt akarják tudni, milyen aktuális körülmények tartják fenn a problémát vagy tünetet, hogy direktív beavatkozásokkal kioltásuk a nem kívánatos gondolatokat és viselkedést.

A szociális konstruktivisták, mint például de Shazer, a jelen problémáival foglalkozva a jövőbeli megoldások beindításának lehetőségeit kutatják. Nem foglalkoznak a probléma eredetének sem múltbeli, sem jelenbeli kulcsaival. A családdal való első kapcsolatfelvételtől kezdve a változás jeleit keresik és a jövő megoldásain dolgoznak. Ha kérdezik is a múltat, csak annak érdekében, hogy segítsék felidézni a korábbi jó megoldásokat, amelyek esetleg újra alkalmazhatók lehetnek.

A narratív terapeuták szintén az egyedi megoldások keresésében segítik a kliens – olyan alkalmakat, amikor győztek a problémás történetben –, ezzel „gazdagítják” a sikertörténeteket, hogy a kliens le tudja küzdeni az eléje tornyosuló akadályokat. Számukra a múlt a sikeres, rugalmas erőfeszítések raktára, amelyből eszközök szerezhetők az aktuális nehézségek kezelésére.

A pszichoedukációt végzők, hospitalizált szkizofrénekkel és családjakkal dolgozva, a jelen harmonikusabb és stresszmentesebb szervezéséhez ajánlanak gyakorlati tanácsokat. Nem érdekli őket, hogyan jelentkeztek a tünetek, kit hibáztatnak, vagy hogy az aktuális nehézségeknek van-e múltbeli oka. Inkább arra tanítják a családokat, hogyan lehetne a legjobban blokkolni problémáik állandósulását. Hasonlóan, a rövid edukatív programokat ajánlók a klienseknek a házassági vagy szülő-gyerek konfliktusok kezelésének módjait tanítják, hangsúlyozva a készségek megtanulását, és nem keresve magyarázatokat aktuális nehézségeik lehetséges eredetére.

Működő és diszfunkcionális családok

A normál működésről minden elméletnek van (legalább kimondatlan, néhány esetben pedig nem részletezett) nézőpontja. Bowen lényegében megkerülte a normalitás témáját, az érzelmi és mentális funkciók optimális működésére és az ezzel kapcsolatos elkülönülésre koncentrálna. Bár a legtöbb ember viszi az életét és boldogul (és elbizonytalanodik, ha túlságosan bizonyos határokon), sokaknál életük egyensúlyát láthatóan a nukleáris család érzelmi rendszerétől való minimális elkülönülés biztosítja. (Jó példa erre az a lány, aki az anyját vonja be partnerként a gyermeknevelés gondjaiba.)

Azután, mennyire jó működik az, aki lényegében a felmerülő (vagy éppenséggel elkerült) stressz szintjétől függ. Bowen szerint a jól differenciált személy is működésképtelenné válhat, de valószínűleg gyorsan és minimális kárral rendezi sorait, mert számos megküzdő mechanizmust tud mozgósítani; a rosszul differenciált viszont a családi zűrzavar csapdájába esik, és kevésbé jól vagy kevésbé gyorsan keveredik ki. Az ideális helyzet egy házasságban az, ha két markánsan elkülönült partner úgy éri el a közös érzelmi és intellektuális intimitást, hogy közben nem veszít el az autonómiájukat.

A modern pszichoanalízis, így a tárgykapcsolat-elmélet sokat foglalkozik a működő és/vagy működésképtelen családdal. Kiinduló pontként a csecsemőkorú kötődés kulcsfontosságát hangsúlyozzák (az anyához vagy más elsődleges gondozóhoz), ez lenne szükséges ahhoz, hogy a személy felnőttként is erős, kohezív szelfet birtokoljon. A múlt internalizált képzei és introjektumai formálják a jövőbeni kapcsolatokat, így a házassági választást is. A hasítás, a projektív azonosulás és a tárgyéhség mind szerepet kap az infantilis tapasztalatok által befolyásolt házasságban. A rosszul működő kapcsolatokban a résztvevők egymáshoz mint internalizált tárgyakhoz viszonyulnak, keresve önmaguk hiányzó vagy elutasított részeit, újra alapozását. A tárgykapcsolati teoretikusok szerint a hibás családi viszonyulások a megoldatlan kisgyermekkori problémákból erednek, áttele azokat az egyén eredeti szüleirol az aktuális helyzetre, sőt, a további megoldatlanság áthárul a jövő nemzedékekre is.

Más modellek inkább egy szélesebb, kevésbé konkrétan meghatározott nézetet képviselnek arról, hogy mi képezi a normális családi fejlődést és a működő/nem működő kapcsolatokat. Az élményközpontú terapeuták egy humanisztikus, egyenlőségre törekvő álláspontból a működő családot

A TERÁPIÁK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

A továbbiakban a terápiás folyamat hat dimenzióját hasonlítjuk össze: a terapeuta szerepe, a formális vagy informális értékelő eljárások használata, a belátásra vs. cselekvésre irányultság, a beavatkozás fő eszközei, a terápia tartama (krízis, rövid vagy hosszú távú) és céljai.

A terapeuta szerepe

A tárgykapcsolati terapeuták biztonságos, nevelő légkört hoznak létre, amelyben megvizsgálhatók a kliens tudattalan, az aktuális családi kapcsolataival rezonáló konfliktusai. Ezzel egy pozitív, tartó környezetet teremtenek; az empátikus, figyelmes, érdeklődő terapeuta sem tanácsot nem ad, sem egyéb megerősítést. Az intrapszichés vagy személyközi konfliktusok tisztázására és belátás nyújtására a terapeuta értelmezései szolgálnak (külön-külön a résztvevőkhöz, és nem a családot mint rendszert hangsúlyozva), aki a terápia közben gondosan figyel az áttételből és viszontáttételből fakadó reakciókra.

Az ilyen semlegességgel és a terápiás távolság megtartásával ellentétben az élményközpontú családterapeuták az aktív, spontán, nyílt találkozásért küzdenek. Satir, a maga meleg, személyes fellépésével a közvetlen, egyértelmű kommunikáció modelljét próbálta nyújtani, minden eszközzel a kliensek önbecsülésének fokozására irányulva. A kontaktusfelvételben gyakran alapozott a fizikai érintésre – szemben Kemplerrel, akinél a konfrontatív, makacs és gyakran kényelmetlenül nyílt és egyenes stílus provokálta a klienseket, hogy vele és egymással őszinte érzelmi cserébe vonódjanak. Whitaker – spontán, az ülés megtervezését és a neutralitást elvető hozzáállással – érzelmei, fantáziái közlésével segítette a klienseit, hogy érezzék magukat szabadnak, és biztonságban ahhoz, hogy ugyanazt tegyék.

A Bowen szemléletét követők a tréner pozíciójában próbálták minimalizálni érzelmi hatásukat a családra (és cserében elkerülni, hogy beleakadjanak a családi zűrzavar bozótjába). Nyugodtan és visszafogottan igyekeztek külső szakértőként viselkedni, aki megfelelő kérdéssel segít tisztázni a család érzelmi rendszerét. Gondosan ügyeltek arra, hogy ne váljanak harmadik szereplővé annak gubancos konfliktusaiban; ezzel egyidőben segítettek nekik önmaguk erőteljesebb megkülönböztetésében (az „én” pozíció felvétele). Támogatták, hogy a kliensek látogassanak

vissza származási családjukhoz és folytassák önálló, autonóm mivoltuk további felépítését.

A strukturális, stratégias és a milánói terapeuták valamennyien a terápiás folyamat kulcspontjainál működnek. A strukturalisták a családi rendszerhez vezetői szerepben (de annak stílusához alkalmazkodva) csatlakoznak, feltérképezik a család aktuális szerkezetét, és ennek a struktúrának a megváltoztatása, az új külső körülményekhez illesztése felé haladnak. Mint aktív színpadi rendezők, gondosan megtervezik, hogyan illeszkedjenek az adott családhoz, átkeverezik az üzeneteiket, rugalmas határokat és harmonikus, integrált alrendszereket létrehozandó.

A stratégiások szintén aktívak és manipulatívak, utasításokat adnak, átnevezik a viselkedést, olykor előtűrik a tünet fenntartását, és másféle paradox intervenciókat is alkalmaznak. Ezenközben az intervenciókat az adott konkrét tünetekhez szabják, és megfelelő probléma-megoldó stratégiákkal igyekeznek kiküszöbölni az aktuális nehézségeket. A milánóiak sok stratégias technikát alkalmaznak, valamint ehhez még a pozitív átfogalmazást, a rituálék előírását és a cirkuláris kérdést (mint különösen provokatív és hatásos beavatkozást, amely „megengedi” a rendszernek, hogy gyógyítsa magát). A milánói terapeuták gyakran használják az aktív, beavatkozó megfigyelő csapatot az egyirányú tükrök mögött.

A megoldásközpontú terapeuták azt tartják helyesnek, ha segítik a klienseket a keresett változások meghatározásában, és nem az aktuális probléma gyökerein spekulálva töltik az időt. Feltételezve, hogy a kliensek tudják, min kívánnak változtatni, ezek a terapeuták kollaboratívan bevonódnak a terápiás beszélgetésbe (csoda-kérdések, kivételt kereső kérdések), és konkrét megoldásokat építenek. A Goolishian és Anderson nyelvi megközelítését követők a klienseket beszélgető partnerként tekintik, és velük együtt keresik a megváltozott vagy új jelentéseket, hozzáállásokat és narratívákat. A narratív terapeuták szintén egy társszerzői pozícióból segítik a klienseket, hogy fejlesszenek új jelentéseket; a kérdéses használatával serkentik az idejélműlt, önstruktív történetek újírását, revidálását, lecserélve azokat feljogosító, erősítő történetekre, a jövőjük aktív irányítására.

A feminista családterapeuták jellemzően aktívak a nemi szerepek sztereotip felfogásának meghaladásában; hasonlóan a narrativistákhoz, a családtagokat arra serkentik, hogy azonosítsák azt a káros, kulturálisan befolyásolt, szexista gyakorlatot, amely fojtogatja az egyéniséget. A pszicho-

edukációban pedig a terapeuta aktív trénerre vagy személyi edzővé változik, és abban érdekelt, hogy a családi feszültséget csökkentő készségeket fejlesszen ki.

Az értékelő eljárások

Minden családterapeuta felméri valamiképpen a családot, az első kontaktustól kezdve, végig a kezelés során, miközben adatokat gyűjt és hipotéziseket alkot (és újraalkot). Ahogyan a terápia halad, a hipotézisek közül egyesek igazolást nyernek és tovább épülnek, másokat az új információk nem támogatnak, ismét másokat a terapeuta – változó elképzelései szerint – módosít. Néhány terapeuta a terápiás tervezésében központi helyet foglaló értékelő eljárásban gondolkodik, mások ezt kevésbé tekintik fontosnak, abból kiindulva, hogy nem a terapeuta, hanem a kliens ismeri a legjobban, mire van szüksége. Mindazonáltal, szisztematikusan vagy sem, minden terapeuta készít valamilyen becslést az új kliens családjáról, elkerülhetetlenül összehasonlítva őket a korábbi munkájából ismert más, hasonló panaszokkal jelentkező családokkal.

A viselkedésterapeuták különösen érdekeltek a maladaptív probléma mértékének meghatározásában, és ha lehetséges, a mérésben. Ehhez standardizált interjúk és formális teszteszközöket használnak. Milyen gyakran jelentkezik a nemkívánatos viselkedés? Milyen események előzik ezt meg? Mik a következményei? Milyen megerősítések működnek közre a fennmaradásában? Többségükben kérdőíveket használnak, valamennyi családtagtól külön-külön felvéve, így a családi probléma eltérő perspektíváit kapják. Nemcsak annak gyakoriságát kívánják felbecsülni, hanem a hibás viselkedést fenntartó kapcsolati mintákat is, így készülnek fel egy kognitív restrukturáló program bevezetésére.

A boweni terapeuta genogram formájában kezdik összegyűjteni a történeti adatokat, ezzel a jelenlegi családon kívüli, több generációt átfogó minták után is lehet kutatni. Ebben a folyamatban a terapeuta és a család előtt kibomlik a múltbeli minták és elváratlan szálak benső képe, és rálatnak a működést sok nemzedéke gátoló témákra. Más terapeuta a genogram helyett a család régre visszanyúló történetét derítik fel, szintén a múltbeli minta aktuális kivetüléseit keresve. Böszörményi-Nagy a generációk közötti adósságokat becsül fel; a tárgykapcsolati terapeuta azokra a múltbeli lehetséges tudattalan konfliktusokra összpontosítanak, amelyek a résztvevőkben rejtve patthelyzetet eredményeznek a meghegtség

fejlődésében. A feminista terapeuta munkájában pedig hangsúlyos az optimális párkapcsolatra negatívan kiható múltbeli szexista attitűdök vagy az aktuális nemi diszkrimináció utáni kutatás.

A családterapeuták másik csoportja inkább a családműködés keresztmetszeti szemléletét részesíti előnyben, a hosszsmetszeti helyett. Miért most keres a pár vagy a család segítséget? Egy MRI stratégiás terapeuta azon töprengene (a kliensek füle hallatára), hogy talán a család azért került meg, mert ugyanazt a megoldást próbálta újra meg újra, és mindig ugyanazokkal a frusztráló akadályokkal találkozott, és így állandósította a problémát. A strukturalisták működése közben figyelnek meg a családot, feltérképeznek a családi mintákat, cselekvést provokálnának, hogy lássák a határproblémákat (összeolvadtság, szétkapcsoltság). Esetleg a családot éppen egy újraszerveződést igénylő átalakulási ponton észlelik, amelyet terápiás beavatkozás nélkül nem képesek meghaladni. Társulva a családdal olyan helyzetbe kerülnek, hogy megértik a szerveződésüket és a folyó tranzakciós mintáikat, alrendszeiket és a belső hierarchiát. Az életműködés központi felfogásban különösen a keresztmetszeti (itt-és-most) működésben segítik a családokat, hogy felkutassák azokat az elnyomott érzelmeiket és késztetéseiket, amelyeket a fejlődés és kiteljesedés érdekében szükséges lenne felszabadítani.

Túl a becslés hossz- vagy keresztmetszeti hangsúlyán, van egy harmadik nézőpont is – minimális vagy semennyi érdeklődés a család története és a működés aktuális rendszere iránt. A szociális konstruktivisták szerint a terapeuta nincs abban a pozícióban, hogy megítéljen más embereket; mivel a saját nézetüket éppen csak egynek tekintik a helyzet számtalan felfogása közül. A kliensek önmagukról szóló tudásának van elsőbbsége. Úgy vélekedve, hogy nem ölthetik fel az objektív igazságot tudó, tárgyilagoss megfigyelő szerepét, egy egalizáló szemléletet vesznek fel, és a családokkal beszélgetésbe vonódnak, nem értékelésbe. Egy ilyen együttműködés azt eredményezi, hogy a terapeuta és családtagok megvizsgálják a családi történeteket önmagukról (és különösen azt a jelentést, amelyet ezeknek adnak), és megerősödések érdekében újra komponálják azokat.

A megoldásközpontú terapeuta kezdetiől fogva tisztán az „álkulcsok” (mint általános megoldás) megtalálására összpontosítanak. Ebben a rövid megközelítésben nem foglalkoznak a problémák feltárásával és megbecslésével, hanem inkább a kliensek feljogosításával és megoldások kifejlesztésével. Harlene Anderson kollaboratív módszerében a terapeuta a

„nem tudható” álláspontot felvéve, sem a jelentést nem határozza meg és elképzelései sincsenek arról, mi a hiba a családdal és minek kellene változnia. A probléma a közös beszélgetés folyamán bontakozik ki. A narratív terapeuták szintén nem érzik, hogy különleges előjogaik lennének a klienseik fölött, és a másik személy motívumait, vonásait diagnosztizáló szakértő szerepe sem vonzza őket. Sem a diagnosztikai, sem az értékelési célú adatgyűjtésben nem érdekeltek; céljuk a hozzájuk forduló felszabadítása a kétségbeesés és a segítség nélkülség érzése alól: kitarító kérdéssel tárják fel és terjesztik ki a jövőről szóló hiedelmeket és víziókat.

Belátás vs. cselekvés

Minden terápia a változásról szól; de mi a legjobb, leggyorsabb, legártóssabb módja, hogy ezt elérjük? Ez történik, ha a kliensek belátást nyernek, vagy helyzetüknek, netán nehézségeik gyökerének egy új megértését; és gondolatilag felkészülnek változások kivitelezésére? Vagy ez csakis tettekkel nyerhető el – kipróbálva a viselkedés új útjait –, csak ezek vezetnek új tapasztalatokhoz, és azután, változásokhoz az életükben? Vagy a belátás és a cselekvés valamilyen kombinációja a leghatásosabb? Ha igen, melyiknek kell megelőznie a másikat?

A korai családterapeuták, különösen a klasszikus analízisben képződtek szerint a belátás eredményezi a tisztázást és a megértést. Ha hozzásegítjük a klienseinket a múltban gyökerező mögöttes konfliktusaik jobb megértéséhez, ez alássa aktuális diszfunkcióikat. Ezek a terapeuták ki-tartottak amellett, hogy a tüneteket összekötő patológia, vagy a szerep-komplementaritás, vagy a jelentkező tünet funkciójának mélyebb tudatosításával a kezelt családok a javukat szolgáló cselekvésbe fognak.

Ackerman például, családokkal dolgozva, mind a belső, mind a kapcsolati konfliktus feltárásában a konfrontálás és az értelmezés pszichodinamikus technikáit használta. Bowen szintén a családi háromszögekben és a nukleáris család más érzelmi rendszerében játszott szerepeik belátásában segítette a klienseit, arra bátorítva őket, hogy ezt az új megértést használják fel új kapcsolati minták – új cselekvések – megkísérlésére. Hangsúlyozva a cselekvés fontosságát – és ekként gyakran szakítva az ortodox (beszélgetés) analízissel –, ezek a terapeuták a belátást a változás szükséges előfeltételének tartották.

Szükségszerűen követi a belátást a cselekvés és a változás? Nyilvánvalóan nem. Szinte minden érintett belátja, hogy a súlyfeleslegét csökkenté-

nie kellene, több mozgással, kevesebb alkohollal; hogy rendszeresen el kellene járnia a fizikális kontrollokra, csökkentenie a dohányzást, rendszeren kialaknia magát, és így tovább. Mégsem tesszük – bár elismerjük, hogy érdekünkben állana. Tehát, szükséges vajon mindig belátni, felismerni rejtett, megoldatlan konfliktusainkat a viselkedésváltozás megjel-néséhez? A stratégiás terapeuták szerint nem ez a helyzet. Szerintük az az elképzelés, hogy a családnak a változása előtt belátásra kell jutnia, a lineáris, egyirányú okság téves hiedelméből ered. A kognitív-viselkedéstera-puták is hangsúlyosan mellőzik a belátással vagy a mögöttes indítékokkal való foglalkozást; ők pragmatikusan a megfigyelhető viselkedésre és annak javítandó hibáira figyelnek. A szemükben a mögöttes okok keresése csak terméketlen magyarázatok gyártásához vezet, a cselekvés kárára.

Belátás és cselekvés kombinálására a strukturalisták nyújtanak jó példát: új tapasztalathoz csak új cselekvés visz el – ami azután új belátásokat, új megértést generál. Például a viselkedés előírása demonstrálhat olyan sikeres cselekvéseket, amelyek nyomán belátás keletkezik, és később beépülhet a családi repertoárba. A restrukturálás nyomán a család másképpen tekinti a világot, és ez elkerülhetetlenül megalapozza rugalmasabb új viszonyulásukat szerepeikhez és tapasztalataikhoz. A Gestalt-terapeuta Kempler szintén a dramatikus érzelmi átörésre tesz kísérletet az ülésen, amely szerinte később nagyobb spontaneitásba és önkifejezésbe vihető tovább.

A milánói csoport, különösen Cecchin és Boscolo, túlteltek a belátás versus cselekvés kérdésen, és a családokat a jelentésrendszerük vizsgálá-tára invitálta, hogy a valóságról egy családi konszenzust felépítve, törje-nek ki régi játszmáikból és próbálják felfedezni a korábban számításba sem vett lehetőségeiket. Boscolók későbbi formulái a szociális konstruktivista terápiákat uraló jelenlegi kognitív hangsúlyhoz vezettek. A kognitív változás, szemben a belátással, a gondolkodás egészen friss sugárútjait nyitja ki, nem szükségképpen új megértést.

A narratív terápia elkerül mindenféle belátás-cselekvés kettéválasztást, ehelyett a kognitív változásra összpontosít (új jelentéseket találni), és a kliensben rejtő optimistább, termékeny megoldások kollaboratív kutatására. Nem belátást nyújt tehát – ez azt sugallná, hogy a terapeuta jobban érti a klienst, mint az saját magát –, hanem egy olyan klímát, amelyben a kliens és a terapeuta együtt alkot alternatív történeteket, azok helyett, amelyek a családot, a családtagokat a reménytelenségbe és a vere-

ségbe taszították. Ebben a technikában a narratív terapeutaikhoz csatlakoznak a visszajelző csoport és a lingvisztikai, beszélgető technikák hívei, akik előbbre valónak tartják az új jelentést, mint a csupasz akciót.

A beavatkozás főbb módjai

Minden családterapeuta számos technikát használ, különféle modellekből összeválogatva – ezek valók a felbukkanó érzelmek tisztázására, a kommunikáció modelljeként, a kapcsolatok kikérdezésére, választások meghatározására, a kíváncsiság viselkedés bátorítására, a partnerek közötti meghittség stimulálására, a család belső erőinek előhívására, és így tovább. Azonban minden modell alkalmazásában vannak bizonyos meghatározott és meghatározó terápiás lépések – ezek teszik a modellt egyedivé.

A pszichodinamikus családterapeuták az értelmezés használatával értetik meg a klienseikkel gondolatait, megfogalmazásait és viselkedésük tudattalan jelentését. Tisztázzák vagy megkérdőjelezzik a kliens állításait, kommentárjaikkal kapcsolatot teremtenek különféle események között („Talán azért tart attól, hogy elköteleződjön Sallynek, mert gyanítja, hogy az Ön anyja is hűtlen volt valamikor az Ön apjához”). A terapeuta nyíltan ritkán kérdez vagy dönt arról, mit beszéljenek meg, és néha szándékosan csendben marad, hogy finoman aktivizálásra provokálja a családot.

Az élményközpontú családterapeuták gyakran konfrontatívak, hogy klienseiket önfeltárássra, önvizsgálatra készítsék. („Mintha mindig akkor változtatnál témát, vagy dobsz be egy viccet, amikor a szexet kellene megbeszelnünk. Mi ennyire kényelmetlen neked, amit titkolnod kellene?”) Szóbeli vagy fizikai gyakorlatokkal (szoborállítás, szerepjáték) bátorítják az érzelmek kifejezését, és gyakran használják az önfeltárást hasonló nyitottság serkentésére a klienseikben.

A Bowen-irányzat követői kérdésekkel, személyi támogatással bátorítják a klienseiket az ön-elkülönülésre, az „én-pozíció” felvállalására, az igazi érzelmek kifejezésére. A kontextuális terapeutaik a korrektségre, a családi főkönyv kiegyensúlyozására apellálnak. A strukturalisták a diffúz határok tisztázásán dolgoznak, csatlakozva és illeszkedve a család interaktív stílusához; reagálásait gyakran átcímkezik a terápiás változás elérésére. A stratégias gyakorlatban szintén hasznosítják az átdefiniálást, továbbá még a paradox intervenciókat és a direktívák adását is. A milánóiak a pozitív átfogalmazást és a körkörös kérdezést alkalmazzák.

A viselkedés- és kognitív-viselkedésterapeuták a megerősítés kontingenciáira figyelnek, elsősorban azt elemezve, hogyan táplálják a családok a nem kívánatos vagy problematikus viselkedést. A funkcionális elemzés után a megfelelő készségek tréningjére és a kognitív módosításra alapoznak, aminek nyomán a családok megtanulják módosítani vagy megváltoztatni gondolataik jelentését az adott eseményről. A pszichoedukációt végző terapeutaik hasonló technikákat alkalmaznak, többnyire specifikus kliens-populációk edukálására.

A megoldásközpontú terápiában a sikeres megoldások elérésére számos technikát vetnek be – csodakérdések, kivételt kereső kérdések, skálázás. A narrativisták „márkajegy” az externalizáció, amellyel a problémát elválasztják a tünethordozó családtagtól, minek következtében a család egyesíthető a nyomozó „külső” ágenssel szemben. Állandó, állhatatos kérdések sorozatával bátorítják a klienseket arra, hogy olyan, addig elnyomott történeteket fogadjanak el, amelyekkel helyettesíthetők a negatív, öndestruktív domináns történeteik.

Rövid és hosszú távú családterápia, krízisterápia

Minden családterapeutának készen kell állnia arra, hogy krízis esetén segítsen. Ha krízisben levő családot ajánlanak kezelésre (vagy egy éppen kezelt családban jelentkezik akut válság), a terapeutaának késedelem nélkül kell reagálnia, a válságos időszakban esetleg akár naponta fogadnia őket (kérdés, mennyi ideig – az ilyen krízisek rendszerint maximum néhány hét alatt lezajlanak). Hűtlenség kitudódása, a kenyérkereső tag hirtelen állásvesztése, egy serdülő öngyilkossága (vagy kísérlete), kisgyermek elvesztése – az ilyen helyzetek azonnali reagálást igényelnek a terapeuta-tól. Az olyan súlyos helyzetek, ahol ön- vagy közveszély fennáll, indokolják a pszichiátriai kórházi felvételt. A terapeutaik, iskolától függetlenül, minden ilyen esetben nyilvánvalóan megpróbálnak segíteni a családnak, egyrészt mozgósítva a stabilitás helyreállításához szükséges belső erőket, rugalmasságukat, másrészt, amint lehetséges, új és hatékony megküzdő mechanizmusokat fejleszve.

A rövid családterápiát rendszerint nem sürgősként definiálják, előre rögzített befejezési időponttal. Ma a legtöbb családterápia tartama rövidebb, mint a múltban (és gyakran drámaian rövidebb az egyéni terápiánál); ez a trend különösen felerősödött a menedzselt betegellátás jelen korszakában – ami egyben a hosszú várólisták korszaka is. A rövid vagy

időkorlátozás terápiaiban (például egy párkapcsolati zavar esetén) igen erősen csak az aktuális nehézségekre összpontosítanak. A legtöbb esetben a kezelés célja a megbeszélte konkrét eredmény elérésére korlátozódik; az emberi különbözőség hatékonyabb kezelésének megtanulásától a válási és gyermekelhelyezési döntésekig széles a skála.

A stratégiai terapeuták, különösen a Palo Alto-i rövidterápiás gyakorlatot követők a kezelést 10 ülésre korlátozzák. Szerintük ez motiválja a klienseket. A megoldásközpontúak a Milwaukee Rövidterápiás Központban még kevesebb ülést ajánlanak, de nem hirdetnek meg időkorlátot. Azonnal a változás hangsúlyozott igényével kezdenek dolgozni a megoldáson, és gyakran már néhány üléstől azt várják, hogy elérjék a megbeszélte, kivitelezhető célt. Haley előre, szakaszokra bontva tervezi meg a stratégiát, és a milánóiak is korlátozzák az ülésszámot.

A szociális konstruktivisták és a narratív terapeuták szintén hajlanak a rövid és problémára irányított segítségnyújtásra, bár náluk nem fő szempont a kezelés hossza. Eltérően a stratégiasoktól, akiket Erickson és Bateson gondolkodása befolyásolt, az ő fókuszuk az egyén tapasztalatait és valóságérzését formáló nyelven van. Ennek megfelelően beavatkozásaikkal azt a kognitív változást célozzák, ahogyan a kliensek rekonstruálják tapasztalataikat új történetek kifejtésével.

Miközben természetesen kevés hosszú távú családterápia van – a pszichoanalitikusan orientáltak lehetnek a kivételek –, néhány megközelítés kifejezetten hirdeti, hogy a változáshoz időre van szükség, és ezért a terápia bevezése előtt több hétnek, sőt hónapnak kell elteltie. Az élményközpontú családterápiaiban, a „növekedés” vagy „önbeteljesedés” homályos céljaival, a befejezés időzítése önkényes, azaz a terapeuta általában hagyja, hogy a családtagok döntsek el, mikor szeretnének megállni. A strukturalisták a befejezéssel megvárják, hogy a család átszervezze hibásan működő eszközkészletét és kezdjen rugalmasan alkalmazkodni a változáshoz. A boweni terápiaiban szintén – a kiterjesztett családi rendszer változtatásának céljával – meglehetősen elhúzódhat a kezelés tartama.

A súlyos/többszörös nehézségekkel küzdő családoknak általában tartós segítségre van szükségük, esetleg időről időre több éven át, ahogyan sora bukkannak fel az életükben új, nehéz helyzetek. A krónikusan megoldatlan problémák is meghosszabbítják a kezelést. Néhány esetben a családterápia rövidként indul, de hosszú távú kezeléssé fejlődik, ahogyan újabb mögöttes konfliktusok tárulnak fel. Egyáltalán nem ritka, hogy a

korábbi pozitív tapasztalat nyomán a kliensek egyszer-egyszer újra felkeresik eredeti családterapeutájukat, életük újabb kulcsdöntéseinek megbeszélésére.

A kezelés céljai

Minden családterápiás modell a kliens új választásaira alapozott változási lehetőséget kínál. A különbség köztük abban van, ahogyan haladnak a cél elérése felé. Néhányan (a pszichodinamikuskok) belátást nyújtanak, mások (az élményközpontúak) a nyílt kommunikációt és az érzelmek szabad kifejezését bátorítják, ismét mások (a kognitív-viselkedésterapeuták) készségfejlesztést és kognitív módosítást végeznek. Van irányzat, amely mintegy kiterjeszti a családi rendszert egy visszajelző csoport vagy külső megfigyelők bevonásával. Végül is, irányzattól függetlenül, valamennyi családterápiás iskola egy olyan terápiás környezetet próbál meg létrehozni, amely a diszkomfort és a feszültség csökkentését lehetővé tevő önvizsgálathoz vezet, mobilizálja a család rugalmasságát és belső erőit, és segít a családtagoknak működésük átfogó jobbításában.

Néhány modell kiterjedt változásokat keres. A tárgykapcsolat-orientált terapeuták például azonosítják és tudatosítják klienseikben a múlt, aktuális kapcsolataikra negatívan ható introjektumait. A megoldásközpontú terápiaiban viszont a fókusz a jelen törekvéseken van, és a családok közvetlen nehézségeiben próbálnak meg segíteni; lényegében megelégednek a tünetek enyhítésével. A pszichoedukatív modellt alkalmazók célja pedig az, hogy elkerüljék vagy akár csak csökkentsék a beteg családtag visszaesését (például az újabb kórházi felvételt). A narrativistáknál a probléma kognitív feloldása a cél, aminek a módja a viszonyulás felülvizsgálata és az életet meghatározó történeteiknek a korábbinál reménytelibb újra komponálása.

Arról, hogy mire van szükség a változáshoz, a családteoretikusok eltérően nyilatkoznak. Satir állhatatosan kitartott amellett, hogy a család tagjai tanulják meg az egyértelműbb kommunikációt és érzelmeik közvetlen, leplezetlen kifejezését. Whitaker azt akarta, hogy a kliensek közlései hiven tükrözzék az érzelmeiket, és ezzel fokozódjon hitelességük. Mindketten úgy vélték, hogy az emberek azáltal fejlődhetnek, ha képesek teljesebben megélni magukat egyenként és családként.

Bowen ezzel szemben úgy érvelt, hogy az egyén elkülönülése az a kulcs, amellyel csillapítani lehet a szorongást és elkerülni a sodródást a

Modell	Terapeuta szerepe	Becslési eljárás	Beavatkozás főbb módjai	Beállítás vs. cselekvés	Irányszat	Kezelés céljai
Strukturális	Aktív, rendező, irányító, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	A struktúrát a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Strukturális elmélet	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében
Stratégias	Aktív, manipulatív, problémaközpontú, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Nem strukturális, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Paradox intervenciók, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Kommunikációs elmélet	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében
Milánói-szisztémás	Neutrális, aktív, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Nem strukturális, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Paradox intervenciók, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Strukturális elmélet	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében
Kognitív-viselkedéses	Aktív, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Nem strukturális, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Paradox intervenciók, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Kommunikációs elmélet	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében

Modell	Terapeuta szerepe	Becslési eljárás	Beavatkozás főbb módjai	Beállítás vs. cselekvés	Irányszat	Kezelés céljai
Szociális konstrukcionista	Kollaboratív, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Nem strukturális, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Paradox intervenciók, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Szociális elmélet	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében
Narratív	Kollaboratív, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Nem strukturális, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Paradox intervenciók, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Narratív elmélet	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében
Psizichodukatív	Kollaboratív, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Nem strukturális, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Paradox intervenciók, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében	Psizichodukatív elmélet	A családterápia, a család működését vizsgálja, a hibás működéseket vizsgálja, a család változtatása érdekében

A beavatkozás családterápiás technikáit meg lehet különböztetni a terapeuta szerepéből (amely a neutralistól a kollaboratívig terjed), a használt értékelő módszerek felől (ez lehet formális vagy informális becslés, és lehet hosszsmetszeti hangsúlyú). Mindegyik modell megpróbálja a változás elérésének leghatékonyabb útját követni; ehhez az egyik a cselekvést részesíti előnyben, a másik, éppen fordítva, a belátást. Bár a terapeuták rendszeresen kölcsönöznek más teóriákból, mindegyik modellnek van egy jellegzetes, a kőtet előző fejezeteiben körvonalazott eszközkészlete.

A kezelés lehet krízis-orientált, rövid vagy hosszú távú; kivitelezése függ olyan tényezőktől, mint sürgősség, az intézményi rendszer, az egészségbiztosításból fakadó követelmények, az ellátott populáció milyensége, a megvalósuló gyakorlat paraméterei. A kitzűzött terápiás célokban is sok hasonlóság lehet a modellek között, de különböznek a keresett változás terjedelmében és a változáshoz szükséges tényezők rangsorolásában. Míg néhány megközelítés formalizált standardok alapján rögzített eljárásrendet követ, mások informálisak, pragmatikusak és többnyire az aktuális panasz megoldására korlátozódnak.

Családterápiás fogalmak magyarázata

Alapvonal (baseline): a viselkedés stabil, megbízható szintje, amely összehasonlítás alapja lehet.

Alkalmazkodás: főként strukturalisták által használt terápiás taktika; a terapeuta megpróbál alkalmazkodni a családi stílushoz, hogy terápiás szövetséget építsen ki a családdal.

Alrendszer: a családon belül olyan szervezett, egymás mellett létező – elvileg korlátlan számú – csoportosulás, amelynek önálló funkciói és szerepei vannak; egy családtag több ilyen alegységhez is tartozhat.

Azonosított páciens (index-páciens, kijelölt páciens; identified patient): a család tünethordozója, illetve, aki miatt a család terápiát keres.

Általános rendszermélet: a biológus Ludwig von Bertalanffy által javasolt tőria az élő rendszerekre vonatkozóan, kiemelve a részek folyamatos kölcsönhatásában megvalósuló egységet és belső szerveződési hierarchiát.

Anorexia nervosa: az étvágy tartós, súlyos, sokszor életveszélyes csökkenése, különösen gyakran, bár nem kizárólag kamasz lányokban.

Átcímkezés: adott viselkedés korábbi, negatív minősítésének (címkéjének) szóbeli átfogalmazása pozitívrá („a gyerek nem csavarog, csak nem szeret az iskolát”), amivel a diszfunkcionális viselkedés éppúgy egyszerű vagy érthető (akkor működik, ha van némi igazságtartalma).

Átkeretezés: adott viselkedés más keretbe helyezése, amivel az észlelés, a szemlélet egy új kontextusa jön létre (az anya beavatkozása nem „tolakodás”, hanem „aggódás” stb.).

Átütél (transference): pszichoanalitikai terminus, a páciens azon érzelmeinek, késztetéseinek, fantáziáinak tudattalan átvitele az analitikusra, amelyek a múltja, jellemzően kora-gyermekkora fontos személyei, gondviselői iránt valaha kialakultak.

Birukleáris család: olyan válás utáni családi szerkezet, amelyben az eredeti szülők két különálló háztartásként szervezik a nukleáris családjukat, de az kívülről tekintve épen tűnik.

Bipoláris zavar: a mániás-depressziós pszichotikus zavarok egy formája, amelyben a lehangolt (depresszív) és felhangolt (mániás) időszakok olykor egészen szabályszerűen váltakoznak.

Centrifugálás: kifelé vezető vagy a központtól távolodó (mozgás, erő); a családon belül olyan erő, amely távolítja egymástól a tagokat, különösen, amikor a család

* A fordító javaslata a „reframing, relabeling, restructuring stb.” körüli dssungelben: az „ét-”-al történő fordítások vonatkoznak inkább a műveletileg egytépésesnek tekinthető manőverekre (pl. ilyen az átcímkezés), míg az „újra-” maradjon meg a többlépéses ügyekre, mint újrastrukturálás, újraépítés stb.

ládi szerveződés nem kohezív, és így a tagok a kielégülést inkább kívül keresik, mint a családon belül.

Centripetális: befelé, a központ irányába (történő mozgás, ható erő); a családon belül összetartja a tagokat, akik így a beteljesedést belső, családi kapcsolatokban keresik.

Cirkuláris (körkörös) kérdés: interjútechnika, amelyet a milánói szisztémás terapeuták alakítottak ki, amely kiemeli az események/kapcsolatok észlelési különbségeiben a családtagok között.

Cirkuláris (körkörös) okság: az a felfogás, hogy az ok-okozati viszony nem egyenesvonalú (lineáris), hanem a kapcsolatban oda-vissza hatások érvényesülnek (visszacsatolások hálójában keresztül); azaz nincsen egyetlen kiváló ok, kezdőpont.

Családcsoport-terápia: Bell által kifejlesztett technika (a kiscsoport-működés szociálpszichológiai elveire alapo­zottan).

Családi életciklus: a család életét jelző hosszsz, sajátos feladatokkal és szerveződéssel járó életszakaszok, melyeket rendszerint fontos életesemények (házasságkötés, születés, nyugdíjba vonulás stb.) választ el egymástól.

Családi kronológia: Sátor egyik technikája, amelyben a kliensek visszakövetik családjuk történetét, különösen a család kapcsolati mintáira koncentrálnak, és így jobban megértik aktuális működésüket.

Családi látszatharmónia (skew family): a partnerek kapcsolata siralmas, általában az egyik fél extrém dominanciája valósul meg, de kifelé a harmóniát a valós helyzet súlyos torzítása árán is fenntartják.

Családi projekció folyamat: a szülői konfliktusok és ezekkel összefüggő érzelmek projektív átsugárzása egy vagy több gyerekre.

Családi szobor (sculpting): valamely családtag (rendszerint egymás után többen is) a családot térben rendezi el; az így létrejött tabló a „rendező” elképzelését képviseli a családi kapcsolatokról.

Család-rekonstrukció: Satir egyik segédtechnikája, amely szerint a családtagokat arra instruálják, hogy kövessék vissza magukat életük korábbi szakaszaiba és felfedezve a múltbeli hibás működési mintákat, szabaduljanak meg azoktól.

Csalárendszer-elmélet (family systems theory): Bowennek ez az elképzelés az, hangsúlyozza, hogy a család egyetlen érzelmi egység (illetve összefonódó kapcsolatok hálózata), amelyet a legjobban történeti vagy transzgenerációs perspektívából lehet megérteni.

Családtérképezés (family mapping): a strukturalisták által használt becslési technika, szemléletesen ábrázolva a család teljes struktúráját, különösen az alrendszereket (ennek nyomán könnyebben kideríthető, mely alrendszerek érintettek a hibás működésben)

Csoportosulások (alignments): a teljes családon belül a családtagok közötti szövetségek, összetartozások és hasadások, lehetnek idelegesek vagy tartások, követve a családi homoszisztizist.

Dekonstrukció: posztmodern eljárás; jelentésadás a korábban természetesnek vett feltevések újrvizsgálásával, új, tehermentes jelentések konstruálása érdekében

Diád (pár): kétszemélyes, időleges vagy tartós kapcsolat.

Differenciálatlan családtömeg (undifferentiated family ego mass): Bowen fogalma az erősen szimbiotikus nukleáris családról; a meglévő fúzió vagy az egyéniségbe ragadás miatt elmarad az egyéni szelfterzés kifejlődése.

Ego: a pszichoanalitikus elmélet szerint a közvetítő énrész az ösztönigények (id) és a társadalmi tilalmak (szuperego) között, ennél fogva a személyiség racionális feladatmegoldó tevékenysége.

Együttes terápia (conjoint therapy): több terápia-fajta szimultán folytatása (például egyéni és pár, egyéni és család stb.).

Hegedi kimenetek (unique outcomes): a narratív terápiában annak példái, amikor a kliens nem tapasztalja a problémát; ezek felkutatásával lehet megtámadni a kliens „csakúgy gond minden” világlátását.

Egysúlytalanság (unbalancing): a strukturális családterápia technikája; a terapeuta szándékosan megváltoztatja a rendszer tagjai vagy alrendszerei közötti hierarchiát, és ezzel borítja a változást lehetetlenné tevő addigi homeosztázist.

Ellenparadoxon (counterparadox): a szisztémás családterápiában alkalmazott eljárás; a családot egy terápiás kettős kötés helyzetébe manőverezik, hogy képes legyen szembeszállni tagjai destruktív kölcsönhatásaival.

Elsőrendű kibernetika: a visszacsatolások és a homeosztázist fenntartó mechanizmusok rendszerének kívülről – azaz ráhatás, befolyásolás nélküli – szemlélete

Előrendű változás: a rendszer időleges vagy felszíni változásai, amelyek annak alapvető működését nem változtatják meg.

Encounter, encounter-csoport: a csoportos találkozás egy fajtája, amely fokozott kapcsolati élményeket nyújt és ezáltal teremt belátást, személyes növekedést és fokozza az érzékenységet mások érzelmei és tapasztalata iránt.

Entropia: rendszer-tulajdonság, hajlam a széttzilálódásra, egy dezorganizált, differenciálatlan állapotba kerülésre.

Érzelmi lekapcsolódás (emotional cut-off): a származási család megoldatlan érzelmi kötéseiből való kilépés, vagy fizikai eltávolodással (pl. elköltözés) vagy érzelmileg (pl. visszavonulás).

Externalizálás: a narratív megközelítésben a család támogatására irányuló eljárás; a problémát vagy nehézséget nem valamely családtaghoz tartozó vonásnak, hanem külső erőként minősítik, amellyel szemben a család együtt tud fellépni.

Fejlődési feladatok: az adott életciklusra jellemző nehézségek és konfliktusok legyőzése, uralása teszi képessé az egyént, hogy a következő fejlődési szakaszba léphessen.

Feminista családterápia: kollaboratív, egyenlőségre törekvő, nem szexista szemlélet, férfiakra és nőkre egyformán alkalmazható, különös hangsúllyal a család belüli nem szerepekre, a patriarchiális reflexekre és a férfi–nő kapcsolatok szexuális és gazdasági egyenlőtlenségeire.

Formálás (shaping): viselkedésterápiás technika, az operáns kondicionálás elvével a kívánt viselkedést fokozatosan, az irányába ható változások folyamatos megerősítésével érik el.

Fúzió: a családtagok intellektuális és érzelmi vonásainak összeolvadása; követ-
kezményeként az egyénnél elvész vagy erősen redukálódik az önálló szelf érzése

Menedzseltség (gazdaságilag szervezett) betegellátás/egészségbiztosítás (managed care): egészségügyi rendszer; amelyben a harmadik (fizető) fél szabályozza és ellenőrzi a költségeket (például nem járul hozzá bizonyos, hatásában kétséges eljárások térítéséhez, vagy korlátozza az ülések számát stb.).

Genogram: a család felépítésének vázlatos, származástani diagramja, általában három nemzedékre kiterjedően; a transzgenerációs irányzatban alaptechnika, Bowen és követői a visszatérő viselkedésminták nyomozására használják.

Gestalt családterápia: az élményközpontú terápia egy fajtája, amelyik lazán kapcsolódik az eredetileg alakklektani elvek klinikai derivátumaihoz; végeredményben az itt-és-most tapasztalatokat hangsúlyozza az öntudatosság és az önirányítás növelésében.

Gumikerítés (rubber fence): Wynne által javasolt kifejezés az olyan családi határra, amely esetében az információ átengedésének szabályait önkényesen változtatják (az elfogadhatónak ítélt információ-morzskákat beengedik, a többi nem).

Határképzés (boundary making): a strukturális családterápia technikája, amellyel az alrendszerek közötti pszichológiai távolságot megváltoztatják, így a távolabbra kerülők között virtuális határ keletkezik, a közel kerülők között pedig megszűnik.

Határok: a rendszer és részének elvont körülhatárolása; a résztvevők körét és mikéntjét jellemzően kimondatlan vagy nyílt szabályok határozzák meg.

Hálózati (network) terápia: a kezelésnek és a rehabilitációnak az a formája (jellemzően a páciens otthonában, és jellemzően súlyos mentális állapotok mint szkizofrénia utókezeléseként), amikor abba a családtagok mellett például a beteg barátait, más fontos személyeket is bevonnak.

Házastársi csere-bere („valamit valamiért”, marital quid pro quo): kezdő szabály a férj és feleség közötti alkufolyamatban.

Hipotézis-alkotás (hypothesizing): eredetileg a milánói szisztémás terapeuták ülésvezetésének egyik alapelve; lényegében az a folyamat, hogy a felmérés és a kezelés során a terapeuta folytonosan feltevéseket alakít ki a család problémájáról, és ezeket a bejövő további információk alapján folyamatosan felülvizsgálja és módosítja.

Homeosztázis: egy rendszer dinamikus egyensúlyi állapota.

Humanisztikus: pozitív, életigenlő felfogás jelzője; hangsúlyozza minden egyes személy egyediségét és értékességét, valamint a lehetőséget a folyamatos személyes növekedésre és kiteljesedésre.

Introjektumok: a személy múltjából (többnyire a szülők iránti lezáratlan viszonyulásokból) származó nem tudatos lenyomatok; hajlamosak hozzátapadni az aktuális családi kapcsolathoz, és ezzel befolyásolni annak működését.

Invariáns előírás (invariant prescription): Selvini-Palazzoli által kifejlesztett azonos megfogalmazású (általános) utasítás; a tünethordozó gyerekek szüleihez intéztek; abból a célból, hogy megszakítsák a családon belüli destruktív összefüggést és tisztább-stabilabb generációs határokat képezzenek.

Kapcsolati etika (relational ethics): a kontextuális családterápia fogalma; a családon belüli tartós, általános korrektségre utal, amelynek klímájában mindegyik tag alapvető érdekeit számításba veszik a többiek.

Kartársi szupervízió (peer review): alapvetően a terapeuta munkájának kollegiális felügyelete; a menedzseltség egészségügyi biztosítási szerződéseiben az esetek ér-

tékelését egy ún. esetmenedzserment-koordinátor végzi, képviselve a harmadik (fizető) fél érdekeit.

Ketős-kötés fogalma: valaki ellentmondásos üzenetet kap az absztrakció eltérő szintjein, és az ellentmondást sem elkerülni, sem megoldani nem képes (mindeképpen vesztes lesz).

Kibernetika: a rendszeren belüli kontroll és visszacsatolás módszereinek tanulmányozása, különösen az információ áramlása a visszacsatolásokon keresztül.

Kifejezett érzelmek (expressed emotions, EE): az érzelmenyilvánítás mértéke a családon belül; különösen figyelemre méltó szkizofrén taggal rendelkező családokban, ahol a túl erős és főként negatív érzelmi kölcsönhatásoknak szerepük lehet a visszaesések előidézésében.

Kivételek keresése: a megoldásközpontú terápiaiban azoknak az időszakoknak a keresése; amikor a probléma nem állott fenn; a terapeuta ilyenek felidézésével segítheti a feladatmegoldó készségek kiépülését.

Kivetítő azonosulás (projektív identifikáció): tudattalan védekező mechanizmus; a személy a személyisége bizonyos nem kívánt részeit, érzelmeit stb. a másikra vetítve, arra készíti, hogy az a kivetített érzelmeknek megfelelően viselkedjen.

Klasszikus kondicionálás: a tanulás egy fajtája, az addig semleges inger egy olyannal párosítják, amely általában reagálást eredményez, az ismétlések eredményeként végül a semleges inger önmagában is kiváltja a választ.

Koalíciók: a családtagok közötti ittkolt szövetség vagy összetartozás; lehet időleges vagy tartós; más családtagok ellen irányult.

Kognitív: a gondolkodással kapcsolatos mentális folyamatok jelzője (gondolkodás, emlékezés, észlelés, elvárás, tervezés stb.).

Kognitív módosítás (cognitive restructuring): olyan beavatkozás, amellyel a terapeuta a kliens gondolatait, felfogását és tulajdonításait változtatja meg egy eseményről.

Kognitív-viselkedésterápia: a viselkedésterápiából származó terápia eljárások ötvözése kognitív módszerekkel, a hibás gondolatok, felfogás és destruktív önjellemzések megváltoztatására.

Komplementaritás (complementarity): a harmónia mértéke a családi szerepek megvalósításában, főként két partner között; mindkét résztvevő a szerepből fakadó funkcióit a megállapodott terjedelemben és megfelelően elvégzi, így mindketten kielégülést nyújtanak és kapnak a kapcsolatban.

Komplementer (complementary): annak a fajta diádikus tranzakciónak vagy kommunikációs mintának a jelzője, amelyben markánsan kifejeződik az egyenlőtlenség (például, domináns/alárendelődő), és mindegyik résztvevő reagálása erősíti vagy provokál egy ellenválaszt a másiktól, egy folyamatos körforgásban.

Konstruktívizmus: ismeretelméleti paradigma; a valóságról alkotott tudást a világ szubjektív észlelése képezi, és ennek alapján történő vélemények konstruálása (ahelyett a pozitívista ismeretelméleti paradigma helyett, hogy a világ objektíven létezik és megismerhető).

Kontextuális: annak a látásmódnak a jelzője, amely az adott esemény körülményeire, az azzal kapcsolatos helyzetekre teszi a hangsúlyt; mint terápia megközelítés, kiemeli a kapcsolat meghatározóit, a vele járó felhatalmazásokat, a generációk közötti erkölcsi adósságot stb.

Kontingencia szerződés (contingency contract): olyan (általában leírt) megállapodás, amelyben részletezik, hogy két (vagy több) családtag mit kell tegyen a másikkal, és ezzel megvalósuljon a jutalmazó viselkedések cseréje.

Koterápia: két terapeuta egyidejű bevonódása a terápiás munkába, többnyire kiképző céllal; ez lehet egyéni, pár- vagy családterápia.

Közös felügyelet (joint legal custody): jogi terminus; az elvált szülők joga, hogy bizonyos jelentős döntéseket a gyermek nevelését illetően (pl. a vallásos neveltetés, iskolaválasztás) együtt kell meghozzanak.

Központozás (punctuation): kommunikációs fogalom, amely szerint egy tranzakció mindegyik résztvevője úgy véli, az ő viselkedése a másik közlésének a következménye, ezzel a másikat tartva felelősnek a saját viselkedéséért.

Krisis provokálás: főként strukturális és stratégiai technika; lényege, hogy a terapeuta akciói (fennálló hierarchia megváltoztatása, működések blokkolása, cirkuláris kérdések stb.) nyomán nem folytatható a korábbi működés.

Láthatatlan lojalitás (invisible loyalty): a kontextuális családterápiában használt fogalom; az utód tudatlanul elköteleződése a szülők iránt, hogy segítsen nekik, akár a bűnbak-szerepet is vállalva.

Lejátszás (enactment): a strukturális családterápiában használt facilitáló beavatkozás; a terapeuta felkéri a családtagot, hogy mutassák be játsszák el a kapcsolati mintájukat spontán, az ülés alatt; a jelenet fontos információkat adhat a restrukturálás megtervezéséhez.

Lineáris okság: az a hagyományos felfogás, hogy egy esemény minden visszaható következmény nélkül okozza a következő eseményt.

Másodrendű kibernetika: az a felfogás, hogy a megfigyelő is része a megfigyelt rendszernek, tehát nem hatás nélküli külső leírója az eseményeknek.

Másodrendű változás: olyan módosulások egy rendszer szervezeti, funkcionális és egyéb jellemzőiben, amelyek az interaktív mintában állandó változásokhoz vezetnek.

Megerősítés (reinforcement): a viselkedéskutatásból származó kifejezés, valamilyen viselkedési elem büntetése vagy jutalmazása, azzal a céllal, hogy az előfordulási aránya változzon.

Meta-analízis: a kutatásban alkalmazott olyan másodlagos feldolgozás, amely nem önálló vizsgálat, hanem korábbi szakirodalmi közlések adatait elemzi újra, szelektáltan, másként csoportosítva stb.

Metakommunikáció: üzenet egy üzenetről, jellemzően nem verbális jelzések (mosoly, kacintás, vállrándítás stb.) a szóbeli közlés kísérőjeként.

Meta-szabályok: a család kimondatlan szabályai arról, hogyan kell értelmezni vagy követni az eredeti szabályokat.

Mimézis: különösen strukturális terápiában használatos technika; a terapeuta próbálja követni, utánozni a család jellegzetes közlési-viselkedési mintáit, szóhasználatát, hogy a családtagok minél jobban elfogadják.

Mintha-ellenségeség (pseudo-hostility): olyan folyamat, amikor a család a viszály és a zavar alkalmazásával tartja fenn a kapcsolatait, ezzel egyben elkerülve mindenféle gyöngédség és mélyebb érzelmek felfedését a „vesztélyt”, vagy akár a még erősebb ellenséges indulatokat takargatva.

Mintha-kölcsönösség (pseudomutuality): homeosztázist kereső kapcsolatot két vagy több családtag között, egy nyitott, megértő és boldog látszatot kölcsönözve a családnak, amelyik valójában nem ilyen.

Multigenerációs átvitel (transzmisszió): több nemzedéket átfogó jellegzetesség; például amikor a gyengén differenciált vagy intellektuálisan gyenge személyiség hasonló társat választ, majd utódai a következő és a további generációkban szintén, míg végül az eredeti karakterisztikum már kóros eltérésként, például mint kifejezett oligofrénia, szkizofrénia stb. jelenik meg egy következő generációban.

Műhiba (gondatlan kezelés, malpractice): jogi fogalom; a hibás diagnózisnak (felmérésnek) illetve a kudarccal végződött terápiának az a fajtája, amikor azt a szakmai járatlanság vagy a szakmai szabályainak megsértése okozza.

Narcisztikus személyiségzavar: jellemzi a saját személyiség önző előtérbe tolása, mások elismerésének, figyelmének, csodálatának állandó, exhibicionisztikus keresése, miközben ő maga képtelen az empátiára másokkal.

Narratív: elbeszélő, történetmondó.

Narratíva: elbeszélés; eseményt, eseménysort, történetet leíró szöveg.

Negatív visszacsatolás: a rendszer kimeneti jele visszacsatolva csökkenti, mérsékli a beállított értéktől való eltérést, ezzel fenntartja a rendszer további működését.

Negentrópia (a.m. negatív entrópia): a rendszer azon tendenciája, hogy rugalmas maradjon, és befogadja a változásokhoz és túléléséhez szükséges új benyomásokat.

Nemi kérdésekre érzékeny (gender sensitive) családterápia: elméleti meggyőződéstől független terápiás perspektíva, amely kiemelten vizsgálja a nemi szocializáció hatását a viselkedésre, gondolkodásra és a kapcsolatokra; célul tűzve ki a nem szexista szerepválasztások támogatását, illetve támadja a biológiai nemem alapuló korlátozásokat.

Neutralitás: a milánói szisztémás ülésvezetés egyik alapelve; egy nem ítélkező, pártatlan hozzáállás, minden vélemény előhívása és meghallgatása, a család játszmájában való részvétel elkerülése.

Nevelőszülői család (stepfamily): az egyik vagy mindkét szülő előzőleg elvált, és a családban egy vagy több gyerek is az előző házasságokból való.

Nukleáris család: feleség, férj és gyermekeik, egy háztartásban élve.

Nyílt rendszer: elsősorban a többé-kevésbé jól átjárható határok jellemzik, amelyek engedik a családtagok, alrendszerek egymás közötti és kifelé irányuló kommunikációját, kapcsolódását.

Nyomkövetés (aktív követés, tracking): a strukturális családterápiában ismert technika; a terapeuta kiemelten figyel a család által használt, preferált szimbólumokra, stílusra, nyelvezetre stb., és felhasználja ezeket a család tranzakciós mintáinak befolyásolására.

Operáns kondicionálás: a tanuláshoz az a formája, amikor a helyes vagy kívánatos válaszokat jutalmazással megerősítik, ezáltal a reakciók valószínűsége fokozódik.

Ökoszisztémás megközelítés (ecosystemic approach): az a szemlélet, amely túltekint a belső családi viszonyokra és számításba veszi a nagyobb rendszerekkel (iskola, bíróság, egészségügy) való kapcsolatokat is.

Ökö-terkép (ecomap): a család kapcsolatainak felmérésére szolgáló módszer: grafikusán ábrázolja a külső szolgálatokkal vagy intézményekkel létező kapcsolatokat.

Összeolvadtság (enmeshment): családi szerveződés típusa; a tagok közötti határok elmosódnak, ők túlzottan bevonódnak, betolakodnak egymás életébe, így az egyes tag autonómiája nagyban korlátozott.

Ösztönélet: a pszichoanalitikus teória szerint a (szexuális és az agressziós) ösztönök olyan feszültségeket hoznak létre, amelyek az egyént feszültségcsökkentő cselekvésre bírják.

Paradox közlés/rendelkezés (paradoxical injunction): kikerülhetetlen felhívás egy olyan parancs teljesítésére, amely belsőleg következtelen és ellentmondásos (pl. kettős-kötés jellegű).

Paradox intervenció: terápiás technika (azon az elven alapulva, hogy a nem-cselekvés is cselekvés); a terapeuta olyan utasítást ad a kliensnek vagy a családnak, amelyet az akár megtesz, akár ellenszegül, terápiás irányú változás következik be.

Permeabilitás: az alrendszeri határok átjárhatóságának a mértéke.

Posztmodernizmus: ismeretelméleti paradigma; visszautasítja azt az elképzelést, hogy létezik egy pártatlan tudományossággal, tárgyilagosan megismerhető világegyetem, ehelyett a valóság sokféle, és általános szabályokkal nem megismerhető felfogása mellett érvel.

Pozitív átfogalmazás (positive connotation): az átkezezés, átdefinálás egyik technikája; elsősorban a szisztemás családterapeuták alkalmazzák; pozitív indítékokat tulajdonítva adott viselkedésmintáknak, mint a családi kohéziót és egyensúlyt fenntartó jelenségeknek; végeredményként a család elkezdhet pozitívabban viszonyulni egymás motívumához.

Pozitív visszacsatolás: a rendszer kimenete, visszacsatolva erősíti az egyensúlytól (középtértől) való eltérést, ennél fogva fokozza az instabilitást és végzősoron a változás esélyét.

Probléma-elemzés: a viselkedésterápiában használt kifejezés az adott probléma körülményeinek lehető legteljesebb felmérésére, amelynek alapján megtervezhető a beavatkozás.

Pszichodinamika: a személy viselkedését, motivációját benne működő ellentétes erők összjátéka eredményezi.

Radikális behaviorizmus: Skinner szerint csak a nyílt, megfigyelhető viselkedés fogadható el tudományos vizsgálat tárgyának.

Reaktor: az a fajta terapeuta, akinek a stílusa finom és közvetett, és inkább megfigyelési és elemzési, tisztázza a családi folyamatokat, szemben a „vezető” típusú terapeuta aktív, határozott, beavatkozó (és többnyire színes, sodró) stílusával.

Rituálék: szimbolikus üzeneti szertartások előírása, azt célozva, hogy a család meg tudja haladni rejtett, konfliktust keltő szabályait; a rituálé teljesítése hozzájárul a szerepek és viszonyulások tisztázásához és megértéséhez.

Rugalmaság (resilience): a családnak az a vonása, hogy a kisebb-nagyobb kritikusokból is fenntartja a stabilitását.

Sémák: viszonylag stabil kognitív szerkezetek, magukban foglalva a személy világmésképevel kapcsolatos alapfeltevéseket.

Szakadár család (family schism): ezt a családi helyzetet a komoly diszharmónia, az önzés, a kezdeményezések aláítása (a másik fél részéről), a válással való állandó fenyegetés stb. jellemzi.

Szelf elkülönülése: Bowen szerint az ember intellektuális és érzelmi működésének a minél teljesebb leválasztásával képes ellenállni annak, hogy elárassza őt

a származási családja érzelmi reaktivitása, és ezzel kevésbé lesz hajlamos diszfunkcionális működésre.

Szelftárgy: Kolb által alkotott fogalom, a korai pszichében többnyire a gondozó személyekről kialakult tudattalan képzet (reprezentáció), amelyeket a kezdetleges szelf önmaga kiterjesztéseként él meg.

Szétkapcsoltság (disengaged family): olyan család, amelyben a túl merev határok elszigetelik a tagokat egymástól, így elkülönülten, autonóm módon, a családi tranzakciókban való részvétel nélkül működnek.

Szimbiózis: annyira intenzív összekapcsolódása két vagy több családtagnak, hogy köztük a határok elmosódnak, emiatt egyetlen egységként viselkednek, és a individuális, autonóm reagálás lehetetlenné válik.

Szimmetrikus kapcsolat: diádikus tranzakciós vagy kommunikációs minta; amit az egyenlőség, az egyéni különbségek minimalizálása jellemez; az ilyen kapcsolat versengésre hajlamosítja a partnereket (szimmetrikus eskaláció).

Szkizofrenogén anya: Fromm-Reichmann mára túlhaladott elképzelése a hideg, hatalmaskodó, birtokló anyáról (többnyire egy gyenge, passzív férjjel), akinek a következtelen nevelése nyomán a gyermeknél megalapozódhat a később jelentkező szkizofrén elmezavar.

Szociális tanulásmélet: a személy viselkedése legjobban azoknak a körülményeknek a számitásba vételével érthető meg, amelyek között a viselkedést „megtanulták”.

Szinlelés technikája (pretend techniques): paradox beavatkozás (a kivitelezéshez szükséges némi játékoság és fantázia); a kliens arra kéri, hogy „tettesse” a tünetét (a tünetmentes időszakban), amivel a tünet akaratlanul erősödik és irreális minőségű, és mint ilyen, lehetséges azon változtatni.

Társadalmi nem (gender): a kulturálisan előírt férfi, illetve női attitűdök és viselkedések tanult készlete, amely egybevág, de különbözik is az érintett biológiai nemi státusától.

Térapiás szerveződés: a családterápia egyes irányzataiban ezt többnyire írott formában is rögzítik, befejezve a kezelés elrendelő céljait.

Titoktartás: a kliensnek magánéletét védő erkölcsi standard, ami szerint a terápia során elhangzott vagy megtudott információ nem fedhető fel a kliens előzetes beleegyezése nélkül.

Többszörös (multiplex) családterápia: több család együttes kezelése.

Triád: három személyt egybefogó kapcsolat.

Trianguláció: Bowen szerint a háromszög a legkisebb stabil érzelmi rendszer; különösen feszültség esetén a diádok igyekeznek egy harmadik személyt is toborozni, ezzel csökkentve belső feszültségüket – többnyire a szülőpár ilyen helyzetben valamelyik gyermeket is bevonja; a másik szülő ellenében.

Tünet előírása: paradox technika, amelyben a kliens arra szólítja fel, hogy szándékosan tartsa fenn (vagy gyakorolja stb.) a tünetét, ezzel az a helyzet alakul ki, hogy akár ellenáll a kliens és felhagy a tüneti viselkedéssel, akár engedelmeskedik, mindenképpen elismeri annak akaratlagos kontrollját.

Újradefiniálás: egy esemény vagy helyzet eredeti jelentésének megváltoztatása azzal, hogy új kontextusba helyezzük; ezzel lehetségessé válik egy újabb, éppolyan egyszerű magyarázata család problémájának, helyzetének stb. újra fogalmazása.

Üres vászon: a pszichoanalitikus terápiában a passzív, semleges, önmagát nem feltáró terapeuta viselkedése, amire a páciens rávetítheti a saját fantáziáját.

Vezető (conductor): az a fajta terapeuta, aki – szemben a reaktor-típussal – aktív, konstruktívan agresszív, nyílt, sodró személyiség, és határozottan megkérdőjelezi a család diszfunkcionális mintáit.

Védekező mechanizmusok: pszichoanalitikus fogalom; olyan, rendszerint tudatalan folyamatok, amelyek segítségével az ego megvédi az egyént a fenyegető, szorongáskeltő gondolatok, érzelmek és késztetések tudatosulásától.

Viselkedés-elemzés: értékelő eljárás, amelyben a terapeuta először meghatározza a viselkedést fenntartó (megerősítő) tényezőket, azután kidolgozza a kezelési tervet, feltüntetve abban a változást mérő konkrét szempontokat.

Viselkedéses szülő-tréning: a viselkedéses elveket és a kontingencia-menedzsment eljárásokat használó képzése a szülőknek, akik változása várhatóan módosítja gyermekeik nem kívánatos viselkedését.

Viselkedési: nézőpont, mely szerint objektív és kísérletileg igazolt eljárások alapján kellene módosítani a maladaptív, nem kívánatos vagy problematikus viselkedéseket.

Viszontáttétel (countertransference): a pszichoanalitikai elmélet szerint az analitikus tudattalan érzelmi reakciója a páciensre, amelyek emlékeztetnek az általa korábban, más személyekkel átélt érzelmekre.

Visszacsatolás: a lezajlott, múltbeli teljesítmény eredményeinek visszajelentése az érintett rendszerbe; lényegében a rendszert ellenőrző mechanizmus.

Visszacsatoló hurkok (feedback loops): azok a körkörös szerkezetek, amelyek a rendszer működésének (vagy nem működésének) eredményeit információ formájában folyamatosan visszavezetik magába a rendszerbe, és ezzel a további működést módosítják.

Visszajelző csapat (reflecting team): terápia eljárás; amelynek fő eleme, hogy a családot (rendszerint átpillantó tükrön keresztül) megfigyelő terapeuta-csapat teljesen nyíltan, a család előtt vitatja meg a látottakat, majd ezt követően folytatódik a terápia, ahol a család reagál a hallottakra.

Zárt rendszer: az ilyen rendszer határai áthatolhatatlanok, külső kölcsönhatások nélkül működik, ellenáll a változásnak és emiatt igen hajlamos diszfunkcionálissá válni.

Zseton-technika: viselkedésterápiás eljárás; a kívánt viselkedés elérését zsetonnal jutalmazza (ez lehet virtuális is, pl. ötösök, csillagok stb.), amelyeket felhalmozva, bizonyos előnyökre vagy pénzre lehet beváltani.

Irodalom

1. Accordino MP, Guerney BG Jr (2001) The empirical validation of Relationship Enhancement couple and family therapy. In DJ Cain, J Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: APA.
2. Ackerman NW (1937) The family as a social and emotional unit. *Bull Kansas Mental Hygiene Society*, 12(2).
3. Ackerman NW (1956) Interlocking pathology in family relationships. In: S Rado, G Daniels (Eds.) *Changing conceptions of psychoanalytic medicine*. NY: Grune & Stratton.
4. Ackerman NW (1958) *The psychodynamics of family life*. NY: Basic Books.
5. Ackerman NW (1966) *Treating the troubled family*. NY: Basic Books.
6. Ackerman NW (1970) *Family therapy in transition*. Boston: Little Brown.
7. Ackerman NW (1972) The growing edge of family therapy. In: C Sager, H Kaplan (Eds.) *Progress in group and family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
8. Acuff C, Bennett BE, Bricklin PM, Canter MB, Krupp SJ, Moldovsky SJ, Phelps R (1999) Considerations for ethical practice of managed care. *Professional Psychology*, 30, 563-575.
9. Adams A, Benson K (2005) Considerations for gay and lesbian families. *Fam Ther*, 6: 20-23.
10. Abia CE, Martin D (1993) The danger-to-self-or-others exception to confidentiality.
11. Ahrens CK, Rodgen RH (1987) *Divorced families: A multidisciplinary approach*. NY: Norton.
12. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters F, Wall S. (1978) Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale NJ: Erlbaum.
13. Alexander J, Parsons B (1973) Short-term behavioral interventions with delinquent families. Impact on Fam Proc and recidivism. *J Abnormal Psychol* 81, 219-225.
14. Alexander J, Waldon HB, Newberry AM, Liddle N (1990) The functional family therapy model. In: AS Friedman, S Granick (Eds.) *Family therapy for adolescent drug abuse*. Lexington, MA: Lexington Books/DC Health.
15. Alexander JE, Barron C (1995) Family therapy research. In RH Mikessell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: Am Psychol Assn.
16. Alexander JF, Newell RM, Robbins MS, Turner CW (1995) Observational coding in family therapy process research. *J Fam Psychol* 9, 355-365.
17. Alexander JF, Parsons BV (1982) Functional family therapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
18. Alexander JF, Sexton TL (2002) Functional family therapy: A model for treating high-risk, acting-out youth. In: J Lebow, *Comprehensive handbook of psychotherapy*. NY: Wiley.
19. Alexander JF, Sexton TL, Robbins MS (2000) The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. In: HA Liddle, DA Santisteban, et al. (Eds.) *Family psychology: Science-based interventions*. Washington, DC: Am Psychol Assn.
20. Alexander JP, Holzworth-Munroe A, Jameson P. (1994) The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A Bergin, S Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) NY: Wiley.
21. Alger I (1976) Integrating immediate video playback in family therapy. In: PJ Guerin, Jr (Ed.) *Family therapy: Theory and practice*. NY: Gardner Press.
22. Allman LR (1982) The aesthetic preference: Overcoming the pragmatic error. *Fam Proc* 21, 43-56.
23. Almeida R, Woods R, Messineo T, Font R (1998) The context model. In: M McGoldrick (Ed.) *Revisioning family therapy: Race, gender, and culture in clinical practice*. NY: Guilford.
24. American Association for Marriage and Family Therapy (2001) AAMFT code of ethics. Washington, DC: AAMFT.
25. American Association for Marriage and Family Therapy (2004) *Marriage and family therapy core competencies*. Washington, DC: AAMFT.
26. American Psychological Association (2002) *Ethical principles of psychology and code of conduct*. *Am Psychologist* 57, 1060-1073.

27. American Psychological Association (2005) Report of the 2005 task force on evidence-based practice. Washington, DC: APA.
28. Andersen T (1987) The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Proc*, 26, 415-426.
29. Andersen T (1991) The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues. NY: Norton. Magyarul: A visszajelző csoport. Animula.
30. Andersen T (1992) Personal communication.
31. Andersen T (1993) See and hear, and be seen and heard. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. NY: Guilford.
32. Andersen T (1995) Reflecting processes: Acts of informing and forming: You can borrow my eyes, but you must not take them away from me! In: S Friedman (Ed.) *The reflecting team in action: Collaborative practices in psychotherapy*. NY: Guilford.
33. Anderson C (2003) The diversity, strength, and challenges of single-parent households. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. NY: Guilford.
34. Anderson CM, Reiss D, Hegarty B (1986) Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management. NY: Guilford.
35. Anderson HD (1995) Collaborative language systems: Toward postmodern therapy. In: RH Mikesell, DD Lusteran, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
36. Anderson HD (1997) Conservation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy. NY: HarperCollins.
37. Anderson HD (2003) Postmodern social construction therapies. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. NY: Brunner-Routledge.
38. Anderson HD (1993) On a roller coaster: A collaborative language systems approach to therapy. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. NY: Guilford.
39. Anderson HD, Burey JP, Levin SB (1999) A postmodern collaborative approach to therapy. In: DM Lawson, FF Prevatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
40. Anderson HD, Goolishian HA (1988) Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Proc*, 27, 371-393.
41. Anderson HD, Goolishian HA (1990) Beyond cybernetics: Comments on Atkinson and Heath's "Further thoughts on second-order family therapy". *Fam Proc*, 29, 157-163.
42. Andolfi M (1979) *Family therapy: An interactional approach*. NY: Plenum.
43. Anders S (1991) Virginia Satir: The patterns of her magic. Palo Alto: Science-Behavior Books.
44. Andrews J, Clark D, Baird F (1998) Therapeutic letter-writing: Creating relational case notes. *Family J Counseling and Therapy for Couples and Families*, 5, 149-158.
45. Aponte HJ (1987) The treatment of society's poor: An ecological perspective on the under-organized family. *Fam Ther Today*, 2, 1-7.
46. Aponte HJ (1994) Bread and spirit: Therapy with the new poor. NY: Norton.
47. Aponte HJ (1999) The stresses of poverty and the comfort of spirituality. In: F Walsh (Ed.) *Spiritual resources in family therapy*. NY: Guilford.
48. Aponte HJ, DiCesare EJ (2000) Structural theory. In: FM Dattilio, LJ Bevilacqua (Eds.) *Comparative treatments for relationship dysfunction*. NY: Springer.
49. Aponte HJ, Van Deusen JM (1981) Structural family therapy. In: AS Gorman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
50. Aponte JF, Wohl J (2000) Psychological intervention and cultural diversity. NY: Allyn-Bacon.
51. Ariel J, McPherson DW (2000) Therapy with lesbian and gay parents and their children. *J Marital Fam Ther*, 26, 421-432.
52. Atkins DC, Dimidjian S, Christensen A (2003) Behavioral couple therapy: Past, present, future. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. NY: Brunner-Routledge.
53. Atkinson JM, Coia DA (1995) Families coping with schizophrenia: A practitioner's guide to family groups. NY: Wiley.
54. Atwood JD (1997) Challenging family therapy situations. NY: Springer.
55. Avis JM (1985) The politics of functional family therapy: A feminist critique. *J Marital Fam Ther*, 11, 127-138.

56. Avis JM (1996) Deconstructing gender in family therapy. In: FP Piercy, DH Sprenkle, J Wetchler, et al. (Eds.) *Family therapy sourcebook (2nd ed.)*. NY: Guilford.
57. Axelson JA (1999) Counseling and development in a multicultural society (3rd ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
58. Aylmer RC (1986) Bowen family systems marital therapy. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of marital therapy*. NY: Guilford.
59. Back KW (1974) Intervention techniques: Small groups. *Ann Rev Psychol*, 39, 367-387.
60. Baerger DR (2001) Risk management with the suicidal patient: Lessons from case law. *Professional Psychology*, 32, 359-366.
61. Bagarozzi DA (1985) Dimensions of family evaluation. In: L L'Abate (Ed.) *The handbook of family psychology and therapy*. Homewood, IL: Dorsey Press.
62. Bandler R, Grinder J, Satir VM (1976) *Changing with families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
63. Barnett RC, Hyde JS (2001) Women, men, work, and family. *Am Psychologist*, 56, 781-796.
64. Barnhill L, Longo D (1978) Fixation and regression in the family life cycle. *Fam Proc*, 17, 469-478.
65. Bates CM, Brodsky AM (1989) Sex in the therapy hour. NY: Guilford.
66. Bateson G (1972) Steps to an ecology of mind. NY: Dutton.
67. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J (1956) Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
68. Bateson MC (2001) Full circle, overlapping lives: Culture and generation in transition. NY: Ballantine.
69. Baucom D, Shoham V, Mueser K, Daiuto A, Stickie T (1998) Empirically supported couple and family intervention for marital distress and adult mental health problems. *J Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
70. Beavers WR (1982) Healthy, midrange, and severely dysfunctional families. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes*. NY: Guilford.
71. Beavers WR, Hampson RB (1993) Measuring family competence: The Beavers Systems Model. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes*. NY: Guilford.
72. Beavers WR, Voeller MN (1983) Family models: Comparing and contrasting the Olson circumplex with the Beavers model. *Fam Proc*, 22, 85-98.
73. Beck AT (1976) Cognitive therapy and emotional disorders. NY: IUP.
74. Beck AT (1995) Cognitive therapy. In: RJ Corsini, D Wedding (Eds.) *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Peacock.
75. Becvar DS (2000) Human development as a process of meaning making and reality construction. In: WC Nichols, MA Pace-Nichols, DS Becvar, AY Napier (Eds.) *Handbook of family development and intervention*. NY: Wiley.
76. Becvar DS (2003) Eras of epistemology: A survey of family therapy thinking and theorizing. In: TS Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. NY: Brunner-Routledge.
77. Beels C, Ferber A (1969) Family therapy: A view. *Fam Proc*, 8, 280-332.
78. Bell JE (1961) *Family group therapy (Public Health Monograph No 64)*. Washington, DC: US Government Printing Office.
79. Bell JR (1975) *Family therapy*. NY: Aronson.
80. Bem SL (1981) Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Rev*, 88, 354-364.
81. Bem SL (1983) Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-aschematic children in a gender-schematic society. *Signs*, 8, 598-616.
82. Bem SL (1998) *An unconventional family*. New Haven, CT: Yale Univ Press.
83. Bennett BE, Bryant BK, VandenHos GR, Greenwood A (1990) Professional liability and risk management. Washington, DC: APA.
84. Bentovim A, Kniskern W (1991) Focal family therapy: Joining systems theory with psychodynamic understanding. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
85. Berg IK (1994) Family-based services: A solution-focused approach. NY: Norton.
86. Berg IK, de Shazer S (1993) Making numbers talk: Language in therapy. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. NY: Guilford.

87. Berg IK, Miller SD (1992) Working with the problem-drinker: A solution-focused approach. NY: Norton.
88. Berger K (2000) Stepfamilies in cultural context. *J Divorce and Remarriage* 33, 117-130.
89. Bergman J (1985) Fishing for barnacles: Pragmatics of brief therapy. NY: Norton.
90. Bernstein AC (1999) Reconstructing the Brothers Grimm: New tales for stepfamilies. *Fam Proc* 38, 415-429.
91. Berry JW (1997) Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology* 46, 5-68.
92. Beylacqua LJ, Dattilo FM (2001) Brief family therapy homework planner. NY: Wiley.
93. Bianchi SM (1995) The changing demographic and socioeconomic characteristics of single-parent families. *Marriage and Family Review* 20, 71-97.
94. Bion WR (1961) Experiences in groups. NY: Basic Books.
95. Black TR (1999) Doing quantitative research in the social sciences: An integrated approach to research design, measurement, and statistics. London: Sage.
96. Bloch DA (1994) Staying alive while staying alive. *Fam Syst Med* 12, 103-105.
97. Bloch DA, Simon R (Eds.) (1982) The strength of family therapy: Selected papers of Nathan W Ackerman. NY: Brunner/Mazel.
98. Bodin AM (1981) The interactional view: Family therapy approaches of the Mental Research Institute. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. Brunner/Mazel.
99. Bodin AM (1983) Family therapy. Unpublished manuscript.
100. Bonanno GA (2004) Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extreme aversive events? *Am Psychologist* 59, 20-28.
101. Bond JT, Galinsky L, Swanberg JE (1998) The 1997 national study of the changing workforce. NY: Families and Work Institute.
102. Booth A, Crowter AC, Landale N (Eds.) (1997) Immigration and the family. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
103. Booth A, Dunn J (Eds.) (1994) Stepfamilies. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
104. Borders LD (1991) A systematic approach to peer group supervision. *J Couns Develop* 69(3), 248-252.
105. Boscolo L, Cecchin G, Hoffman L, Penn P (1987) Milan systems family therapy: Conservations in theory and practice. NY: Basic Books. Magyarul: A milánói módszer. Animula.
106. Boszormenyi-Nagy I (1987) Foundations of contextual therapy: Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy. NY: Brunner/Mazel.
107. Boszormenyi-Nagy I, Framo JL (Eds.) (1965) Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects. NY: Harper & Row.
108. Boszormenyi-Nagy I, Grunebaum J, Ulrich D (1991) Contextual therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
109. Boszormenyi-Nagy I, Krasner BR (1986) Between give and take: A clinical guide to contextual therapy. NY: Brunner/Mazel.
110. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM (1970) Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. NY: Harper & Row.
111. Boszormenyi-Nagy I, Ulrich D (1981) Contextual family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
112. Boughner SR, Hayes SF, Bubenzer DL, West JD (1994) Use of standardized assessment instruments by marital and family therapists: A survey. *J Marital Fam Ther* 20, 69-75.
113. Bowen M (1960) A family concept of schizophrenia. In: DD Jackson (Ed.) *The etiology of schizophrenia*. NY: Basic Books.
114. Bowen M (1966) The use of family theory in clinical practice. *Compr Psychiatry* 7, 345-74.
115. Bowen M (1975) Family therapy after twenty years. In: S Arieti, DX Freedman, JE Dwyer (Eds.) *American handbook of psychiatry, V: Treatment* (2nd ed.) NY: Basic Books.
116. Bowen M (1976) Theory in the practice of psychotherapy. In: PJ Guerin, Jr (Ed.) *Family therapy: Theory and practice*. NY: Gardner Press.
117. Bowen M (1978) Family therapy in clinical practice. NY: Aronson.
118. Bowlby J (1969) Attachment and loss: Attachment. NY: Basic Books.
119. Boyd CP, Gullone E, Needleman GL, Burt T (1997) The Family Environment Scale: Reliability and normative data for an adolescent sample. *Fam Proc* 36, 369-373.
120. Boyd-Franklin N (1989) Black families in therapy: A multisystems approach. NY: Guilford.

121. Boyd-Franklin N (2002) Training psychologists to work with African American families. *Fam Psychologist* 17, 1-3.
122. Boyd-Franklin N (2003a) Black families in therapy. NY: Guilford.
123. Boyd-Franklin N (2003b) Race, class, and poverty. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. NY: Guilford.
124. Boyd-Franklin N, Franklin AJ, Toussaint P (2000) Boys into men: Raising our African American teenage sons. NY: Dutton.
125. Braverman S (1986) Heinz Kohut and Virginia Satir. *Contemp Fam Ther* 8(2), 101-110.
126. Bray JH (1995a) Methodological advances in family psychology research: Introduction to the special section. *J Family Psychology* 9, 107-109.
127. Bray JH (1995b) Systems-oriented therapy with step families. In: RH Mikessell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
128. Bray JH (2002) Methodological issues and innovations in family psychology intervention research. In: HA Liddle, DA Santisteban, RF Levant, JH Bray (Eds.) *Family psychology: Science-based interventions*. Washington, DC: APA.
129. Bray JH (2005) Quantitative approaches to family psychology research. *Fam Psychologist* 21(4), 7-9.
130. Bray JH, Kelly J (1998) Stepfamilies: Love, marriage, and parenting in the first decade. NY: Broadway Books.
131. Breunlin DC (1988) Oscillation theory and family development. In: CJ Falicov (Ed.) *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*. NY: Guilford.
132. Broderick CB, Schnader SS (1991) The history of professional marriage/family counseling. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
133. Bronfenbrenner U (1986) Ecology of the family as a context for human development. *Am Psychologist* 32, 513-531.
134. Brooks GR (1992) Gender-sensitive family therapy in a violent culture. *Topics in Fam Psychol Couns* 1(4), 24-36.
135. Brothers BJ (Ed.) (1991) Virginia Satir: Foundational ideas. Binghamton, NY: Haworth.
136. Brown GW, Birley JL, Wing JK (1972) The influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry* 121, 241-258.
137. Brown GW, Monek EM, Carstairs GM, Wing JK (1962) Influence on family life in the course of schizophrenic illness. *Br J Psychiatry* 108, 55-68.
138. Brubaker L (2006) Integrating emotion-focused therapy with the Satir model. *J Marital Fam Ther* 32, 141-153.
139. Bruner J (1986) Experience and its expression. In: E Bruner, VW Turner (Eds.) *The anthropology of experience*. Chicago: Univ Illinois Press.
140. Burtstli GL, Formenti L (1988) The Milan approach to family therapy. Northvale, NJ: Aronson.
141. Burg JE, Sprenkle DH (1996) Sex therapy. In: FP Piercy, DH Sprenkle, J Wetchler et al. (Eds.) *Family therapy sourcebook*. NY: Guilford.
142. Cade B, O'Hanlon W (1993) A brief guide to brief therapy. NY: Norton.
143. Calvedo C, Guernsey BG (1999) Relationship Enhancement enrichment and problem-prevention programs: Therapy-derived, powerful, versatile. In: R Berger, MT Hannah (Eds.) *Preventive approaches in couples therapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
144. Campbell D, Draper R, Crutchley E (1991) The Milan systemic approach to family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
145. Campbell TL (1986) Family's impact on health: A critical review and annotated bibliography. *Fam Syst Med* 18, 129-142.
146. Campbell TL, Patterson JM (1995) The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *J Marital Fam Ther* 21, 545-583.
147. Campbell U, Dapre R (Eds.) (1985) Applications of systemic family therapy: The Milan approach. London: Grune & Stratton.
148. Carlson J, Sperry L, Lewis JA (1997) Family therapy: Ensuring treatment efficacy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
149. Carlson K (1996) Gay and lesbian families. In: M Harway (Ed.) *Treating the changing family: Handling normative and unusual events*. NY: Wiley.

150. Carr A (1991) Milan systemic family therapy: A review of ten empirical investigations. *J Fam Ther* 13, 237-263.
151. Carter B, McGoldrick M (1999) Overview: The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
152. Cecchin G (1987) Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Fam Proc* 26, 405-413. Magyarul: Csálápterlepis olvasókönyv, Animula.
153. Cecchin G, Lane G, Ray W (1992) Irreverence: A strategy for therapist survival. *Karnac*.
154. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P (1998) Update on empirically validated therapies, II. *Clin Psychologist* 51, 3-16.
155. Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Bennett-Johnson S, Pope KS, Crits-Christoph P (1996) An update on empirically validated therapies. *Clin Psychologist* 49, 5-18.
156. Chandler K (1997) Passages of pride: True stories of lesbian and gay teenagers. LA: Alyson.
157. Chartier MR (1986) Marriage enrichment. In: RF Levant (Ed.) *Psychoeducational approaches to family therapy and counseling*. NY: Springer.
158. Cheung M (1997) Social construction theory and the Satir model: Toward a synthesis. *J Fam Ther* 25, 331-343.
159. Christensen A, Baucom DH, Vu CTA, Stanton S (2005) Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy. *J Cons Clin Psychol* 72, 176-191.
160. Christensen A, Jacobson NS (1999) Reconcilable differences. NY: Guilford.
161. Christensen A, Jacobson NS, Bebock JC (1995) Integrative behavioral couples therapy. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. NY: Guilford.
162. Christensen LL, Russell CS, Miller RS, Peterson CM (1998) The process of change in couple therapy: A qualitative investigation. *J Marital Fam Ther* 24, 177-188.
163. Cicirelli VG (1995) Sibling relationships across the life span. NY: Plenum.
164. Cioffili HL, Herlihy SB, Herlihy B, Spence, EB (1997) Privileged communication in the psychologist-client relationship. *Professional Psychology* 28, 573-581.
165. Colapinto J (1982) Structural family therapy. In: AM Horne, MM Ohlsen (Eds.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
166. Colapinto J (1991) Structural family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
167. Colapinto J (2000) Structural family therapy. In: AM Horne (Ed.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
168. Cole RE, Reiss D (1993) How do families cope with chronic illness? Hillsdale, NJ: Erlbaum.
169. Coley RL, Chase-Lansdale PL (1998) Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *Am Psychologist* 53, 152-166.
170. Coltrane S (1998) Gender and families. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
171. Conbrink-Graham L (1988) Adolescent sexuality in the family life cycle. In: C Falicov (Ed.) *Family transitions*. NY: Guilford.
172. Compton BR, Galaway B (1999) Social work processes. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
173. Constantine LJ (1986) Family paradigms. NY: Guilford.
174. Coontz S (1992) The way we never were. NY: HarperCollins.
175. Coontz S (2005) Marriage, a history from obedience to intimacy. NY: Viking.
176. Corey G, Corey MS, Callanan P (2007) Issues and ethics in the helping professions. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
177. Cox FD (1996) Human intimacy: Marriage, the family and its meaning. Minneapolis: West.
178. Cox WM, Alm R (2005, Feb 28) Scientists are made, not born. NY: Times, p. A25.
179. Cuellar I, Gleser M (1996) The impact of culture on the family. In: M Harway (Ed.) *Treating the changing family: Handling normative and unusual events*. NY: Wiley.
180. Cummings NA (1995) Impact of managed care on employment and training: A primer for survival. *Professional Psychology* 26, 10-15.
181. Cummings NA (1996) Does managed mental health care offset costs related to medical treatment? In: A Lazarus (Ed.) *Controversies in managed mental health care*. Washington, DC: APP.
182. Dangel RF, Yu M, Slot NW, Fashimpar G (1994) Behavioral parent training. In: DK Granvold (Ed.) *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

183. Dattilio FM (2001) Cognitive-behavior family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemp Family Therapy* 23, 3-17.
184. Dattilio FM (2005) The restructuring of family schemas: A cognitive-behavior perspective. *J Marital Fam Ther* 31, 15-30.
185. Dattilio FM (Ed.) (1998) *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. NY: Guilford.
186. Dattilio FM, Bevilacqua LJ (Eds.) (2000) *Comparative treatments for relationship dysfunction*. NY: Springer.
187. Dattilio FM, Epstein NB (2003) Cognitive-behavior couple and family therapy. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. NY: Brunner-Routledge.
188. Dattilio FM, Epstein NB (2005) Introduction to the special section: The role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. *J Marital Fam Ther* 31, 7-13.
189. Dattilio FM, Epstein NB, Baucom DH (1998) An introduction to cognitive-behavioral therapy with couples and families. In: FM Dattilio (Ed.) *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. NY: Guilford.
190. Dattilio FM, Padesky CA (1990) *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
191. Davis SR, Meier ST (2001) *The elements of managed care: A guide for helping professionals*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
192. de Shazer S (1985) Keys to solution in brief therapy. NY: Norton.
193. de Shazer S (1988) Clues: Investigating solutions in brief therapy. NY: Norton.
194. de Shazer S (1991) Putting differences to work. NY: Norton.
195. de Shazer S (1994) Words were originally magic. NY: Norton.
196. Deegan J, Lawson DM (2003) The utility of empirically supported treatments. *Professional Psychology* 34(3), 271-277.
197. DeHay TL (2006) The rewards of training in school-based family practice. *Fam Psychologist* 22, 15-16.
198. DeJong P, Berg IK (1998) *Interviewing for solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
199. deCarmen R (1990) Assessment of Asian-American families for family therapy. In: FC Senaife, AJ Schwedel, et al. (Eds.) *Mental health of ethnic minorities*. NY: Praeger.
200. Dell PF (1982) Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Fam Proc* 21, 27-42.
201. Denzin N, Lincoln YS (2000) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
202. Derrida J (1978) *Writing and difference*. Chicago: Univ Chicago Press.
203. Diamond GS, Diamond GM (2002) Studying a matrix of change mechanisms. In: HA Liddle, et al. (Eds.) *Family psychology*. Washington, DC: APA.
204. Dicks HV (1967) *Marital tensions*. NY: Basic Books.
205. Diller JV (1999) *Cultural diversity*. Belmont, CA: Brooks/Cole-Wadsworth.
206. Dinkmeyer D, McKay G, Dinkmeyer D Jr, McKay J (1997) STEP: The parent handbook. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
207. Doherty WJ (1991) Family therapy goes postmodern. *Family Networker* 15(5), 36-42.
208. Doherty WJ, Baird MA (1983) Family therapy and family medicine: Toward the primary care of patients. NY: Guilford.
209. Doherty WJ, Baird MA (Eds.) (1987) *Family-centered medical care*. NY: Guilford.
210. Doherty WJ, Boss PG (1991) Values and ethics in family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
211. Doherty WJ, Lester ME, Leigh G (1986) Marriage Encounter weekends: Couples who win and couples who lose. *J Marital Fam Ther* 12, 49-61.
212. Donahy KM, Miller SD (2001) "What works" in sex therapy? In: PL Kleinplatz (Ed.) *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. NY: Brunner-Routledge.
213. Doyle JA (1994) *The male experience*. Dubuque, IA: WC Brown.
214. Duccannun-Nagy C (1999) Contextual therapy. In: DM Lawson, FT Pervatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
215. Duhl FJ, Kantor D, Duhl BS (1973) Learning, space, and action in family therapy. In: DA Bloch (Ed.) *Techniques of family psychotherapy*. NY: Grune & Stratton.
216. Duncan BL, Miller SD, Sparks JA (2003) Interactional and solution-focused brief therapy: Evolving concepts of change. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Hand-*

- book of family therapy: The science and practice of working with families and couples. NY: Brunner-Routledge.
217. Dunn RL, Schwebel AI (1995) Meta-analysis of marital therapy outcome research. *J Fam Psychology* 9, 58-68.
 218. Durrant M, Kowalski K (1993) Enhancing views of competence. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. NY: Guilford.
 219. Duvall EM, Hill R (1948) Report to the committee on the dynamics of family interaction. Washington, DC: National Conference on Family Life.
 220. Duvall LM (1977) *Marriage and family development*. (5th ed.) NY: Lippincott.
 221. Edelman MW (1967) *Families in peril: An agenda for social change*. Cambridge, MA: HUP.
 222. Efran J, Schenker M (1993) *A potpourri of solutions: How new and different is solution-focused therapy?* *Fam Ther Networker* 17(3), 77-74.
 223. Eidelson RJ, Epstein N (1982) Cognitive and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *J Cons Clin Psychol* 50, 715-720.
 224. Eldridge K, Christensen A, Jacobson NS (1999) Integrative couple therapy. In: DM Lawson, FF Prevatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
 225. Elizur J, Minuchin S (1989) *Institutionalizing madness*. NY: Basic Books.
 226. Ellis A (1979) *Rational-emotive therapy*. In: RJ Corsini (Ed.) *Current psychotherapies*. Itasca, IL: Penceck.
 227. Ellis A (1995) *Rational-emotive behavior therapy*. In: RJ Corsini, D Wedding (Eds.) *Current psychotherapies* (5th ed.) Itasca, IL: Penceck.
 228. Engel GL (1977) The need for a new medical model. *Science* 196, 129-136.
 229. Erns CZ (1997) *Feminist theories and feminist psychotherapies*. NY: Haworth.
 230. Epstein NB (1992) Marital therapy. In: A Freeman, FM Dattilio (Eds.) *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. NY: Plenum.
 231. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS (1983) The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther* 9, 171-186.
 232. Epstein NB, Baucom DH (1989) *Cognitive-behavioral marital therapy*. In: A Freeman, KM Simon, et al. (Eds.) *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. NY: Plenum.
 233. Epstein NB, Baucom DH (2002) *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: APA.
 234. Epstein NB, Bishop DS, Baldwin LM (1982) McMaster model of family functioning: A view of the normal family. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes*. NY: Guilford.
 235. Epstein NB, Bishop DS, Ryan C, Miller I, Keitner G (1993) *The McMaster Model: View of healthy family functioning*. In: F Walsh (Ed.) *Normal Fam Proc es*. NY: Guilford.
 236. Epstein NB, Schlesinger SE, Dryden W (Eds.) (1988) *Concepts and methods of cognitive-behavioral family treatment*. In: NB Epstein, SE Schlesinger, W Dryden (Eds.) *Cognitive-behavioral therapy with families*. NY: Brunner/Mazel.
 237. Epston D (1994) Extending the conversation. *Family Networker* 18(6), 30-37, 62-63.
 238. Epston D, White M (1992) *Experience, contradiction, narrative, and imagination: Selected papers of D. Epston and M. White*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publ.
 239. Everett CA, Volgy Everett, SS (2000) *Single-parent families: Dynamics and treatment issues*. In: WC Nichols, MA Pace-Nichols, DS Becvar, AV Napier (Eds.) *Handbook of family development and intervention*. NY: Wiley.
 240. Fairbairn WR (1952) *An object-relations theory of personality*. NY: Basic Books.
 241. Falicov CJ (1983) *Cultural perspectives in family therapy*. Rockville, MD: Aspen.
 242. Falicov CJ (1988) *Learning to think culturally*. In: HA Liddle, DC Brevlin, RC Schwartz (Eds.) *Handbook of family therapy training and supervision*. NY: Guilford.
 243. Falicov CJ (1995a) *Cross-cultural marriages*. In: N Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. NY: Guilford.
 244. Falicov CJ (1995b) *Training to think culturally*. *Fam Proc* 34, 373-388.
 245. Falicov CJ (1998) *Latino families in therapy*. NY: Guilford.
 246. Falicov CJ (1999) *The Latino family life cycle*. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
 247. Falicov CJ (2003) *Immigrant Fam Proc es*. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes* (3rd ed.) NY: Guilford.

248. Falloon RH (1991) *Behavioral family therapy*. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
249. Falloon RH, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, Gidderman AM, Simpson CM (1985) *Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study*. *Arch Gen Psychiatry* 42, 887-896.
250. Falloon TRH, Liberman RD (1983) *Behavior therapy for families with child management problems*. In: MR Textor (Ed.) *Helping families with special problems*. NY: Aronson.
251. Falloon TRH, Lillie FJ (1988) *Behavioral family therapy: An overview*. In: TRH Falloon (Ed.) *Handbook of behavioral family therapy*. NY: Guilford.
252. Falvey JE (2002) *Managing clinical supervision: Ethical practices and legal risk management*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
253. Fincham FD, Bradbury TN (1992) *Assessing attributions in marriage: The Relationship Attribution Measure*. *J Personality Social Psychology* 62, 457-468.
254. Fine MJ (1995) *Family-school intervention*. In: RH Mikusch, DD Lusteran, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy*. Washington, DC: APA.
255. Fine MJ, Carlson C (Eds.) (1992) *The handbook of family-school intervention: A systems perspective*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
256. Fine MJ, McKenney PC, Chung H (1992) *Postdivorce adjustment of black and white single parents*. *J Divorce and Remarriage* 71, 121-134.
257. Fish R, Weakland J, Segal L (1982) *The tactics of change*. SFr: Jossey-Bass.
258. Fish JM (1995) *Solution-focused therapy in global perspective*. *World Psychol* 7, 43-67.
259. Fisher C (2003) *Decoding the ethics code*. Thousand Oaks, CA: Sage.
260. Fishman HC (1993) *Intensive family therapy*. NY: Basic Books.
261. Floyd FJ, Markman HJ, Kelly S, Blumberg SL, Stanley SM (1995) *Preventive intervention and relationship enhancement*. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. NY: Guilford.
262. Fortes LA, Thomas V (1996) *Cultural issues in family therapy*. In: FP Piercy, DH Sprenkle, JL Wetchler et al. (Eds.) *Family therapy sourcebook* (2nd ed.) NY: Guilford.
263. Forgatch MS, Patterson GR (1998) *Behavioral family therapy*. In: FM Dattilio (Ed.) *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. NY: Guilford.
264. Foucault M (1965) *Madness and civilization*. NY: Random House.
265. Foucault M (1980) *Power/knowledge, 1972-1977*. NY: Pantheon Books.
266. Fournier CJ, Rae WA (1999) *Psychoeducational family therapy*. In: DM Lawson, FF Prevatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
267. Fraenkel P (2003) *Contemporary two parent families: Navigating work and family challenges*. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes*. NY: Guilford.
268. Fraenkel P (2005) *Whatever happened to family therapy?* *Psychotherapy Networker* 29(3).
269. Fromm JL (1972) *Family interaction: A dialogue between family researchers and family therapists*. NY: Springer.
270. Fromm JL (1976) *Family of origin as therapeutic resource for adults in marital and family therapy: You can and should go home again*. *Fam Proc* 15, 193-210.
271. Fromm JL (1981) *The integration of marital therapy with sessions with family of origin*. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
272. Fromm JL (1982) *Explorations in marital and family therapy*. NY: Springer.
273. Fromm JL (1992) *Family-of-origin therapy*. NY: Brunner/Mazel.
274. Freedman J, Combs G (1996) *Narrative therapy*. NY: Norton.
275. Freedman J, Combs G (2000) *Narrative therapy with couples*. In: FM Dattilio, LI Bevilacqua (Eds.) *Comparative treatments for relationship dysfunctions*. NY: Springer.
276. Freeman J, Epston D, Lebovitz D (1997) *Playful approaches to serious problems*. NY: Norton.
277. Freud S (1905/1959) *Fragments of an analysis of a case of hysteria*. SE, 3, NY: Basic Books.
278. Freud S (1909/1955) *Analysis of a phobia in a five-year-old boy*. SE, 10, London: Hogarth.
279. Friedlander ML, Tauson MT (2000) *Processes and outcomes in couples and family therapy*. In: SD Brown, RW Lent (Eds.) *Handbook of counseling therapy*. NY: Guilford.
280. Friedlander ML, Wildman J, Heatherington L, Skowron EA (1994) *What we do and do not know about the process of family therapy*. *J Fam Ther* 8, 390-416.
281. Friedman E (1991) *Bowen theory and therapy*. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.

282. Friedman S (Ed.) (1993) *The new language of change*. NY: Guilford.
283. Fromm-Reichmann F (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 11, 253-273.
284. Fulmer R (1988) Lower-income and professional families. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. NY: Gardner.
285. Fulmer R (1999) *Becoming an adult: Leaving home and staying connected*. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The changing family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon.
286. Galinsky E (1999) *Ask the children: What America's children really think about working parents*. NY: Morrow.
287. Garbath ED (1994) Concepts and methods of behavioral treatment. In: DK Granvold (Ed.) *Cognitive and behavioral treatment: Methods and applications*. Pacific Grove, Brooks/Cole.
288. Ganong L, Coleman M (1994) *Renamed family relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage.
289. Ganong L, Coleman M (1999) *Changing families, changing responsibilities: Family obligations following divorce and remarriage*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
290. Gartrell N, Deck A, Rodin C, Peyser H, Banks A (2005) The national lesbian family study: 4. Interviews with the 10-year-old children. *Am J Orthopsychiatry* 75, 518-524.
291. Gartrell N, Hamilton MD, et al. (1996) The national lesbian family study: I. Interviews with prospective mothers. *Am J Orthopsychiatry* 66, 272-281.
292. Geertz C (1973) *Thick descriptions: Toward an interpretive theory of culture*. In: C Geertz (Ed.) *The interpretations of cultures*. NY: Basic Books.
293. Geller E, McCabe AE, Smith-Resnick C (1990) *Milan family therapy: Variant and invariant methods*. Northvale, NJ: Aronson.
294. Gergen KJ (1985) The social construction movement in modern psychology. *Am Psychologist* 40, 266-275.
295. Gergen KJ (1993) Foreword. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. NY: Guilford.
296. Gergen KJ (1996) Technology and the self. From the essential to the sublime. In: D Grodin, TR Lindlof (Eds.) *Constructing the self in a mediated world*. Thousand Oaks, CA: Sage.
297. Gergen KJ (1999) *An invitation to social construction*. Thousand Oaks, CA: Sage.
298. Gergen KJ (2001) Psychological science in a postmodern context. *Am Psychologist* 56, 803-813.
299. Gergen KJ (2002) Psychological science: To conserve or create? *Am Psychologist* 57, 463-464.
300. Gerson R (1995) *The family life cycle: Phases, stages, and crises*. In: RH Mikesell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
301. Giblin P, Sprenkle DH, Sheehan R (1985) *Enrichment-outcome research: A meta-analysis of premarital, marital, and family interventions*. *J Marital Fam Ther* 11, 257-271.
302. Gilgun JF (1999) *An ecosystemic approach to assessment*. In: BR Compton, B Galaway (Eds.) *Social work processes* (6th ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
303. Gilgun JF (2005) Qualitative research and family therapy. *J Fam Psychol* 19(1), 40-50.
304. Gilligan C (1982) *In a different voice: Psychological theory and women development*. Cambridge, MA: HUP.
305. Ginsberg BG (1977) *Parent-adolescent relationship development program*. In: BG Guernsey Jr (Ed.) *Relationship enhancement*. SFr: Jossey-Bass.
306. Ginsberg BG (1997) *Relationship enhancement family therapy*. NY: Wiley.
307. Ginsberg BG (2000) *Relationship enhancement couples therapy*. In: FM Dattilio, LJ Bevilacqua (Eds.) *Comparative treatments of relationship disorders*. NY: Springer.
308. Giordano J, Carini-Giordano MA (1995) *Ethnic dimensions in family treatment*. In: RH Mikesell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
309. Gladding ST, Remley TP, Huber CH (2001) *Ethical, legal, and professional issues in the practice of marriage and family therapy*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice-Hall.
310. Glantz MD, Johnson JL (1999) *Resilience and development: Positive life adaptations*. NY: Plenum.
311. Goldenberg H (1983) *Contemporary clinical psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

312. Goldenberg H & I (1993) *Multiculturalism and family systems*. *Progress Fam Syst Res Practice* 2, 7-12.
313. Goldenberg H & I (1999) *Current issues and trends in family therapy*. In: DM Lawson, FF Prevatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
314. Goldenberg H & I (2002) *Counseling today's families*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
315. Goldenberg H & I (1983) *Historical roots of contemporary family therapy*. In: BB Wolman, G Stricker (Eds.) *Handbook of family and marital therapy*. NY: Plenum.
316. Goldenberg H & I (2005) *Family therapy*. In: RJ Corsini, D Wedding (Eds.) *Current psychotherapies* (7th ed.) Itasca, Peacock.
317. Goldner V (1985) *Feminism and family therapy*. *Fam Proc* 24, 13-47.
318. Goldner V (1998) *The treatment of violence and victimization in intimate relationships*. *Fam Proc* 37, 263-286.
319. Goldner V, Penn P, Sheinberg M, Walker G (1990) *Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments*. *Fam Proc* 29, 343-364.
320. Goldstein MJ (1988) *The family and psychopathology*. *Ann Rev Psychol* 39, 283-299.
321. Goldstein MJ (Ed.) (1981) *New developments in interventions with families of schizophrenics*. SFr: Jossey-Bass.
322. Goldstein MJ, Miklowitz DJ (1995) *The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders*. *J Marital Fam Ther* 21, 361-376.
323. Goldstein MJ, Rodnick EH, et al. (1978) *Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia*. *Arch Gen Psychiatry* 35, 1169-1177.
324. Good G, Gilbert L, Scher M (1990) *Gender aware therapy: A synthesis of feminist therapy and knowledge about gender*. *J Couns Develop* 68, 376-380.
325. Goodheart CD (2006) *Evidence, endeavor, and expertise in psychology practice*. In: CD Goodheart, AE Kazdin, RJ Sternberg (Eds.) *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, DC: APA.
326. Goodheart CD, Kazdin AE, Sternberg RJ (Eds.) (2006) *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, DC: APA.
327. Goodrich TJ, Rampage C, et al. (1988) *Feminist family therapy: A casebook*. NY: Norton.
328. Gorall DM, Olson DH (1995) *Circumplex model of family systems: Integrating ethnic diversity and other social systems*. In: RH Mikesell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy*. Washington, DC: APA.
329. Gordon SB, Davidson N (1987) *Behavioral parent training*. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
330. Gottman JM (1994) *Why marriages succeed or fail?* NY: Simon and Schuster.
331. Gottman JM (Ed.) (1996) *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum.
332. Gottman JM, Coan J, Carrere S, Swanson C (1998) *Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions*. *J Marriage Fam* 60, 5-22.
333. Gottman JM, Gottman JS (1999) *The marriage survival kit: A research-based marital therapy*. In: R Berger, MT Hannah (Eds.) *Preventive approaches in couple therapy*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
334. Gottman JM, Krokoff I (1989) *Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view*. *J Cons Clin Psychol* 57, 47-52.
335. Gottman JM, Ryan KD, Carrere S, Erley AM (2002) *Toward a scientifically based marital therapy*. In: HA Liddle, DA Santisteban, RE Levant, JH Bray (Eds.) *Family psychology: Science-based interactions*. Washington, DC: APA.
336. Green RJ (1998) *Race and the field of family therapy*. In: M McGoldrick (Ed.) *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice*. NY: Guilford.
337. Green RJ, Farnio JL (Eds.) (1981) *Family therapy: Major contributions*. NY: JUP.
338. Greenberg LS (1999) (Ed.) *Handbook of experiential psychotherapy*. NY: Guilford.
339. Greenberg LS (2002) *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: APA.
340. Greenberg LS, Johnson SM (1986) *Emotionally focused couples therapy*. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of marital therapy*. NY: Guilford.
341. Greenberg LS, Johnson SM (1988) *Emotionally focused therapy for couples*. NY: Guilford.
342. Greenberg LS, Pinsof WM (Eds.) (1986) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. NY: Guilford.

343. Greenberg LS, Rice LN, Elliott R (1996) Facilitating emotional change: The moment-to-moment process. NY: Guilford.

344. Greenberg SL, Lewis GJ, Johnson J (1985) Peer consultation groups for private practitioners. *Professional Psychology* 16(3), 437-447.

345. Gritevant HD, Carlson CI (1989) Family assessment: A guide to methods and measurements. NY: Guilford.

346. Gröstein J, Ransley D (Eds.) (1994) Fairbairn and the origins of object relations. NY: Guilford.

347. Group for the Advancement of Psychiatry (1970) The field of family therapy (Report No 78). NY: Group for the Advancement of Psychiatry.

348. Grunbaum H (1997) Commentary: Why integration may be a misguided goal for family therapy. *Fam Proc* 36, 19-21.

349. Guba E (Ed.) (1990) The paradigm dialogue. Newbury Park, CA: Sage.

350. Guerin PJ Jr (1976) Family therapy: The first twenty-five years. In: PJ Guerin, Jr (Ed.) *Family therapy: Theory and practice*. NY: Gardner.

351. Guerin PJ Jr, Fay LE, Burden S, Kautto JG (1987) The evaluation and treatment of marital conflict: A four-stage approach. NY: Basic Books.

352. Guerin PJ Jr, Fogarty TT, Fay LE, Kautto JG (1996) Working with relationship triangles: The one-two-three of psychotherapy. NY: Guilford.

353. Guernsey BG Jr (1964) Filial therapy: Description and rationale. *J Cons Psychol* 28, 304-10.

354. Guernsey BG Jr (Ed.) (1977) Relationship enhancement: Skills training for therapy problem prevention and enrichment. SF: Jossey-Bass.

355. Guernsey BG Jr, Brock G, Coufal J (1986) Integrating marital therapy and enrichment: The relationship enhancement approach. In: ND Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of marital therapy*. NY: Guilford.

356. Guernsey BG Jr, Coufal J, Vogelsang E (1981) Relationship enhancement versus a traditional approach to therapeutic/preventive/enrichment parent-adolescent program. *J Cons Clin Psychol* 49, 927-939.

357. Guernsey BG Jr, Guernsey L, Andronico M (1966) Filial therapy: Description and rationale. *Yale Scientific Mag* 40, 6-14.

358. Gurman AS, Kniskern DP (1981) Family therapy outcome research. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.

359. Gurman AS, Kniskern RM (1978) Behavior marriage therapy: I. A psychodynamic-systems analysis and critique. *Fam Proc* 17, 121-138.

360. Guttman HA (1991) Systems theory, cybernetics, and epistemology. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.

361. Haas LJ, Malouf JL (1995) Keeping up the good work: A practitioner's guide to mental health ethics (2nd ed.) Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

362. Haddock SA, Zimmerman TS, Lyness KP (2003) Changing gender roles: Transitional dilemmas. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes* (3rd ed.) NY: Guilford.

363. Haley J (1963) Strategies of psychotherapy. NY: Grune & Stratton.

364. Haley J (1973) Uncommon therapy: The psychiatric techniques of MH Erickson. NY: Norton.

365. Haley J (1978) Ideas which handicap therapists. In: MM Berger (Ed.) *Beyond the double-bind: Communication and family systems, theories, and techniques with schizophrenics*. NY: Brunner/Mazel.

366. Haley J (1979) Leaving home: Therapy with disturbed young people. NY: McGraw-Hill.

367. Haley J (1984) Ordeal therapy: Unusual ways to change behavior. SF: Jossey-Bass.

368. Haley J (1988) Personal communication.

369. Haley J (1996) Learning and teaching family therapy. NY: Guilford.

370. Haley J (Ed.) (1976) Problem-solving therapy. SF: Jossey-Bass.

371. Haley J, Hoffman L (1967) Techniques of family therapy. NY: Basic Books.

372. Hampson RB, Beavers WR (1996) Measuring family therapy outcome in a clinical setting: Families that do better or do worse in therapy. *Fam Proc* 35(3), 347-361.

373. Hardy KV, Laszloffy TA (1995) The cultural programs: Key to training culturally competent family therapists. *J Marital Fam Ther* 21, 22-1-237.

374. Hare-Mustin RT (1978) A feminist approach to family therapy. *Fam Proc* 17, 181-194.

375. Hare-Mustin RT (1980) Family therapy may be dangerous to your health. *Professional Psychology* 11, 935-938.

376. Hare-Mustin RT (1987) The problem of gender in family therapy theory. *Fam Proc* 26, 15-27.

377. Hare-Mustin RT, Maracek J (Eds.) (1990) Making a difference: Psychology and the construction of gender. New Haven, CT: Yale Univ Press.

378. Harway NE, Wexler K (1996) Setting the stage for understanding and treating the changing family. In: NE Harway (Ed.) *Treating the changing family*. NY: Wiley.

379. Hawkins AJ, Marshall CM, Allen SM (1998) The orientation toward domestic labor questionnaire. *J Fam Psychol* 12, 244-258.

380. Hawley DR, DeHian L (1996) Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Fam Proc* 35, 283-298.

381. Hayden J (2001) Irish on the inside: In search of the soul of Irish Americans. NY: Verso.

382. Hazan C, Shaver P (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Personality Social Psychology* 52, 511-524.

383. Healy M (1998) Study says poverty persists for kids of working poor. *Los Angeles Times*.

384. Hetherington L, Friedlander ML, Greenberg L (2005) Change process research in couple and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *J Fam Psychol* 19, 18-27.

385. Heiman JR, Epps PH, Ellis B (1995) Treating sexual desire disorders in couples. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. NY: Guilford.

386. Heiman JR, LoPiccolo L, LoPiccolo J (1981) The treatment of sexual dysfunction. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.

387. Heiman JR, Verhulst J (1990) Sexual dysfunction and marriage. In: FD Fireman, TA Bradbury (Eds.) *The psychology of marriage: Basic issues and applications*. NY: Guilford.

388. Helmke KB, Srenkle DH (2000) Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *J Marital Fam Ther* 26, 469-483.

389. Henggeler SW, Borduin CM (1990) Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavioral problems of children and adolescents. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

390. Henggeler SW, Cunningham PB (2006) School-related interventions and outcomes for multisystemic therapy (MST). *Fam Psychologist* 22(1), 4-5, 28-29.

391. Henggeler SW, Mihalic SF, Rone L, Thomas C, Timmons-Mitchell J (1998) Blueprints for violence prevention, book six: Multisystemic therapy. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

392. Hernandez M, McGoldrick M (1999) Migration and the family life cycle. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon.

393. Hersch L (1995) Adapting to health care reform and managed care: Three strategies for survival and growth. *Professional Psychology* 26, 16-26.

394. Hetherington EM (Ed.) (1999) Coping with divorce, single parenting, and remarriage: A risk and resiliency perspective. Mahwah, NJ: Erlbaum.

395. Hetherington EM, Bridges M, Insabella GM (1998) What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *Am Psychologist* 53, 167-184.

396. Hines PM (1999) The family life cycle of African American families living in poverty. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon.

397. Hines PM, Garcia-Preto N, McGoldrick M, Almeida R, Weltman S (1999) Culture and the family life cycle. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (3rd ed.) Boston: Allyn & Bacon.

398. Ho MK (1987) Family therapy with ethnic minorities. Newbury Park, CA: Sage.

399. Hochschild A (1997) The second shift. NY: Avon.

400. Hodge DR (2005) Spiritual assessment in marital and family therapy. *J Marital Fam Ther* 31, 341-356.

401. Hoffman L (1981) Foundations of family therapy. NY: Basic Books.

402. Hoffman L (1988) The family life cycle and discontinuous change. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The changing family life cycle* (2nd ed.) NY: Gardner.

403. Hoffman L (1990) Constructing realities: An art of lenses. *Fam Proc* 29, 1-12.

404. Hoffman L (2002) Family therapy: An intimate history. NY: Norton.

405. Hogue A, Liddle HA, Singer A, Leckrone J (2005) Intervention fidelity in family-based prevention counseling for adolescent problem behaviors. *J Commun Psychol* 33, 191-211.

406. Holtzworth-Munroe A, Jacobson NS (1991) Behavioral marital therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
407. Homma-True R, Greene B, Lopez SR, Trimble I (1993) Ethnocultural diversity in clinical psychology. *Clin Psychologist* 46, 50-63.
408. Hong CK (2006) School-based family services: A promising service model for ethnic minorities. *Fam Psychologist* 22, 16-17.
409. Howells JG (1975) *Principles of family psychiatry*. NY: Brunner/Mazel.
410. Hoyt MF (2001a) Cognitive-behavioral treatment of posttraumatic stress disorder with a narrative constructivist perspective: A conversation with Donald Meichenbaum. In: MF Hoyt (Ed.) *Interviews with brief therapy experts*. NY: Brunner-Routledge.
411. Hoyt MF (2001b) Honoring our internalized others and the ethics of caring: A conversation with Karl Tomm and Stephen Madigan. In: MF Hoyt (Ed.) *Interviews with brief therapy experts*. NY: Brunner-Routledge.
412. Hoyt MF (2001c) Welcome to possibility land: A conversation with Bill O'Hanlon. In: MF Hoyt (Ed.) *Interviews with brief therapy experts*. NY: Brunner-Routledge.
413. Huber CH (1994) Ethical, legal, and professional issues in the practice of marriage and family therapy (2nd ed.) NY: Macmillan.
414. Hudson P, O'Hanlon WH (1992) *Rewriting love stories: Brief marital therapy*. NY: Norton.
415. Hyde JS (1996) *Half the human experience: The psychology of women*. Lexington, MA: Heath.
416. Imber-Black E (1988) Families and larger systems. NY: Guilford.
417. Imber-Black E (1999) Creating meaningful rituals for new life cycle transitions. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon.
418. Imber-Black E, Roberts J, Whiting R (Eds.) (1989) *Rituals in families and family therapy*. NY: Guilford.
419. Incan J, Ferran E (1990) Poverty, politics, and family therapy. In: MP Mirkin (Ed.) *The social and political contexts of family therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
420. Jackson DD (1965a) Family rules: Marital quid pro quo. *Arch Gen Psychiatry* 12, 589-594.
421. Jackson DD (1965b) The study of the family. *Fam Proc* 4(1), 1-20.
422. Jacobson AS (1991) To be or not to be behavioral when working with couples. *J Family Psychology* 4, 436-445.
423. Jacobson NS, Christensen A (1996) *Integrative couple therapy*. NY: Norton.
424. Jacobson NS, Margolin G (1979) *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. NY: Brunner/Mazel.
425. Jacobson NS, Martin B (1976) Behavioral marital therapy. *Psychol Bull* 83, 540-556.
426. Johnson SM (2002) Emotionally focused couples therapy for trauma survivors: Strengthening attachment bonds. NY: Guilford.
427. Johnson SM (2004) *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connections* (2nd ed.) NY: Brunner/Mazel.
428. Johnson SM, Greenberg LS (1995) The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. NY: Guilford.
429. Johnson SM, Hunsley J, Greenberg L, Schindler D (1999) Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6, 67-79.
430. Johnson SM, Makinen JA, Milliken JW (2001) Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couple therapy. *J Marital Fam Ther* 27, 145-155.
431. Johnson TW, Colucci P (1999) Lesbians, gay men, and the family life cycle. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon.
432. Johnson SM (2003) Emotionally focused couples therapy: Empiricism and art. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. NY: Brunner/Mazel.
433. Jones E (1993) *Family systems therapy: Developments in the Milan systemic therapies*. NY: Wiley.
434. Jones JT, Christensen A, Jacobson N (2000) *Integrative behavioral couple therapy*. In: FM Dattilio, LJ Bevilacqua (Eds.) *Comparative treatments for relationship dysfunction*. NY: Springer.
435. Kalichman SC, Craig MF (1991) Professional psychologists' decisions to report suspected child abuse: Clinical and situational influences. *Professional Psychology* 265-9.

436. Kantor D, Lehr W (1975) *Inside the family*. SFr: Jossey-Bass.
437. Kaplan HS (1974) *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. NY: Brunner/Mazel.
438. Kaplan HS (1983) *The evaluation of sexual disorders*. NY: Brunner/Mazel.
439. Kaplan HS (1995) *The sexual desire disorders*. NY: Brunner/Mazel.
440. Kaplan ML, Kaplan NR (1978) Individual and family growth. *Fam Proc* 17, 195-206.
441. Kaplan HS (1979) *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. NY: Brunner/Mazel.
442. Karpel MA (Ed.) (1986) *Family resources: The hidden partner in family therapy*. NY: Guilford.
443. Karpel MA, Strauss, ES (1983) *Family evaluation*. NY: Gardner.
444. Kaslow FW (1996) (Ed.) *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. NY: Wiley.
445. Kaslow NJ, Smith GG, Croft SS (2000) Families with young children: A developmental-family systems perspective. In: WC Nichols, MA Pace-Nichols, et al. (Eds.) *Handbook of family development and intervention*. NY: Wiley.
446. Kaye K (1985) *Toward a developmental psychology of the family*. In: L L'Abate (Ed.) *The handbook of family psychology and therapy*. Homewood, IL: Dorsey Press.
447. Kazdin AE (1984) *Behavior modification in applied settings*. Homewood, IL: Dorsey.
448. Kazdin AE (1995) *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington, DC: APA.
449. Kazdin AE, Weisz JR (Eds.) (2003) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. NY: Guilford.
450. Keeney BP, Sprenkle DH (1982) Ecosystemic epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. *Fam Proc* 21, 1-19.
451. Keim J (1998) Strategic family therapy. In: LM Dattilio (Ed.) *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. NY: Guilford.
452. Keim J (1999) Strategic therapy. In: DM Lawlor, FP Prevatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
453. Keim J (2000) Strategic family therapy: The Washington school. In: AM Horne (Ed.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
454. Keith DV (1998) *Symbolic-experiential family therapy for chemical imbalance*. In: FM Dattilio (Ed.) *Case studies in couple and family therapy*. NY: Guilford.
455. Keith DV (2000) *Symbolic experiential family therapy*. In: AM Horne (Ed.) *Family counseling and therapy* (3rd ed.) Itasca, IL: Peacock.
456. Keith DV, Whitaker CA (1982) *Experiential symbolic family therapy*. In: AM Horne, MM Ohlsen (Eds.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
457. Kempler W (1981) *Experiential psychotherapy with families*. NY: Brunner/Mazel.
458. Kempler W (1982) *Gestalt family therapy*. In: AM Horne, MM Ohlsen (Eds.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
459. Kerr ME (1981) *Family systems theory and therapy*. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
460. Kerr ME, Bowen M (1988) *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. NY: Norton.
461. Kleinplatz PI (Ed.) (2001) *New directions in sex therapy*. NY: Brunner-Routledge.
462. Kliman J (1994) The intertwining of gender, class, and race in family therapy. In: MP Mirkin (Ed.) *Women in context*. NY: Guilford.
463. Kliman J, Madsen W (1999) Social class and the family life cycle. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon.
464. Knoff H (Ed.) (1986) *The assessment of child and adolescent personality*. NY: Guilford.
465. Kohut H (1971) *The analysis of self*. NY: ILP.
466. Kohut H (1977) *The restoration of the self*. NY: ILP.
467. Kopala M, Suzuki TA (1998) *Using qualitative methods in psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
468. Korzybski A (1942) *Science and sanity: An introduction to non-Aristotelian systems and general semantics* (2nd ed.) Lancaster, PA: Science Books.
469. Kouneski E (2001) Circumplex model and IACES: Review of the literature. Available online at <http://www.lifemovations.com/familyinventoriesdatabase.html>.

470. Kressel K (1985) The process of divorce: How professionals and couples negotiate settlements. NY: Basic Books.
471. Kuhn T (1970) The structure of scientific revolutions. Chicago: Univ Chicago Press.
472. L'Abate L (1994) Family evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage.
473. Laird J (2003) Lesbian and gay families. In: F Walsh (Ed.) Normal family processes: Diversity and complexity. NY: Guilford.
474. Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: MJ Lambert (Ed.) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. NY: Wiley.
475. Landau-Stanton J (1993) AIDS, health, and mental health. NY: Brunner/Mazel.
476. Langsley DG, Pittman FS, Machotka P, Flomenhaft K (1968) Family crisis therapy: Results and implications. Fam Proc 7, 145-158.
477. Laqueur HP (1976) Multiple family therapy. In: PJ Guerin, Jr (Ed.) Family therapy: Theory and practice. NY: Gardner.
478. Lasswell M, Lasswell T (1991) Marriage and the family. Belmont, CA: Wadsworth.
479. Laszloffy TA (2002) Rethinking family development theory: Teaching with the systemic family development (SFD) model. Fam Relations 51, 206-214.
480. Lawrence EC (1999) The humanistic approach of Virginia Satir. In: DM Lawson, FF Prevatt (Eds.) Casebook in family therapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
481. Lawson DM, Prevatt FF (Eds.) (1999) Casebook in family therapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
482. Lazarus AA (1977) Has behavior therapy outlived its usefulness? Am Psychologist 32, 550-54.
483. Lebow J (1997) The integrative revolution in couple and family therapy. Fam Proc 36, 1-17.
484. Lebow JL (2003) Integrative approaches to couple and family therapy. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) Handbook of family therapy. NY: Brunner-Routledge.
485. Left J, Vaughn C (1985) Expressed emotions in families. Thousand Oaks, CA: Sage.
486. Lefley HP (1996) Family care-giving in mental illness. Thousand Oaks, CA: Sage.
487. Lenron MC, Rosenfeld S (1994) Relative fitness and the division of housework: The importance of options. Am J Sociology 100, 506-531.
488. Lerner Q (1986) The creation of patriarchy. NY: Oxford Univ Press.
489. Leslie LA (1988) Cognitive-behavioral and systems models of family therapy: How compatible are they? In: N Epstein, SE Schlesinger, W Dryden (Eds.) Cognitive-behavioral therapy with families. NY: Brunner/Mazel.
490. Levant RF (Ed.) (1986) Psychoeducational approaches to family therapy and counseling. NY: Springer.
491. Levant RF, Philpot CL (2002) Conceptualizing gender in marital and family therapy research: The gender role strain paradigm. In: HA Liddle, DA Santisteban, RF Levant, JH Bray (Eds.) Family psychology: Science-based interventions. Washington, DC: APA.
492. Lewis JA (1992) Gender sensitivity and family empowerment. Topics in Family Psychology and Counseling 1(4), 1-7.
493. Liberman RP (1970) Behavioral approaches to family and couple therapy. Am J Orthopsychiatry 40, 166-178.
494. Liddle HA (1982) On the problem of eclecticism. Fam Proc 21, 243-250.
495. Liddle HA, Bray JH, Levant RF, Santisteban DA (2002) Family psychology intervention science: An emerging area of science and practice. In: HA Liddle, DA Santisteban, et al. (Eds.) Family psychology: Science-based interventions. Washington, DC: APA.
496. Lidz T, Cornelison A, Fleck S, Terry D (1957a) The intrafamilial environment of schizophrenic patients: I. The father. Psychiatry 20, 329-342.
497. Lidz T, Cornelison A, Fleck S, Terry D (1957b) The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. Am J Psychiatry 114, 241-248.
498. Lindahl KM, Clements M, Markman H (1997) Predicting marital and parent functioning in dyads and triads. J Fam Psychol 11, 139-151.
499. Lindblad-Goldberg M (1989) Successful minority single-parent families. In: I Combrink-Graham (Ed.) Children in family context. NY: Guilford.
500. Lindblad-Goldberg M, Dore MM, Stern I (1998) Creating competence from chaos: A comprehensive guide for home-based services. NY: Guilford.

501. Lipchik E (1993) "Both/and" solutions. In: S Friedman (Ed.) The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy. NY: Guilford.
502. Lipchik F (2002) Beyond technique in solution-focused therapy. NY: Guilford.
503. Litwin H (1996) The social network of older people. Greenwood, CT: Praeger.
504. Lott B, Bullock HE (2001) Who are the poor? J Social Issues 57, 189-206.
505. Lowe RN (1982) Adlerian/Dreikursian family counseling. In: AM Home, MM Ohlson (Eds.) Family counseling and therapy. Itasca, IL: Peacock.
506. Ludke M (1997) On our own: Unmarried motherhood. NY: Random House.
507. Luepitz DA (1988) The family interpreted: Feminist theory in clinical practice. NY: Basic Books.
508. Lusterman DD (1988) Family therapy and schools: An ecosystemic approach. Fam Ther Today 3(7), 1-3.
509. MacCheskie KC, Ingersoll RE (2001) Becoming a 21st-century agency counselor: Personal and professional explorations. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
510. MacCormack T, Tonim K (1998) Social construction in narrative therapy. In: FM Dattilio (Ed.) Case studies in couple and family therapy. NY: Guilford.
511. MacGregor R, Ritchie AN, Serrano AC, Schuster FP (1964) Multiple impact therapy with families. NY: McGraw-Hill.
512. MacKinnon LK (1983) Contrasting strategic and Milan therapies. Fam Proc 22, 425-440.
513. Macklin E (Ed.) (1989) AIDS and family. NY: Haworth.
514. Madanes C (1981) Strategic family therapy. SFR: Jossey-Bass.
515. Madanes C (1984) Behind the one-way mirror. SFR: Jossey-Bass.
516. Madanes C (1990) Sex, love, and violence. NY: Norton.
517. Madanes C (1991) Strategic family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) Handbook of family therapy. NY: Brunner/Mazel.
518. Madigan S (1994) Body politics. Fam Ther Networker 18(6), 18.
519. Madigan S, Epstein D (1995) From "psy-chiatric gaze" to communities of concern. In: S Friedman (Ed.) The reflecting team in action. NY: Guilford.
520. Madigan S, Goldner E (1998) A narrative approach to anorexia: Discourse, reflexivity, and questions. In: M Hoyt (Ed.) The handbook of constructive therapies. SFR: Jossey-Bass.
521. Mahoney MJ (Ed.) (1995) Cognitive and constructive psychotherapies. NY: Springer.
522. Malcolm J (1978, Mar 15) A reporter at large: The one-way mirror. NY: Springer.
523. Magady RG, Constantino G (2003) Narrative therapy for Hispanic children and adolescents. In: AE Kazdin, JK Weisz (Eds.) Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. NY: Guilford.
524. Malley PB, Reilly EP (1999) Legal and ethical dimensions for mental health professionals. Philadelphia: Accelerated Development.
525. Manus G (1966) Marriage counseling: A technique in search of a theory. J Marriage Fam 28, 449-453.
526. Margolin G (1982) Ethical and legal considerations in marital and family therapy. Am Psychologist 37, 788-801.
527. Markman HJ (1992) Marital and family psychology: Burning issues. J Fam Psychol 5, 264-75.
528. Markman HJ, Renick MJ, Floyd FJ, Stanley SM, Clements M (1993) Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. J Cons Clin Psychol 61, 70-77.
529. Markman HJ, Stanley SM, Blumberg SL (1994) Fighting for your marriage: Positive steps for preventing divorce and preserving a lasting love. SFR: Jossey-Bass.
530. Marrelli AF (1998) An introduction to competency analysis and modeling. J Performance Improvement 37(5), 8-17.
531. Marsh DT (1992) Families and mental illness. NY: Praeger.
532. Marsh DT, Johnson DL (1997) The family experience of mental illness: Implications for intervention. Professional Psychology: 28, 229-237.
533. Mason MJ (1991) Family therapy as the emerging context for sex therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) Handbook of family therapy. NY: Brunner/Mazel.
534. Masten AS (2001) Ordinary magic: Resilience processes in development. Am Psychologist 56, 227-238.

535. Masten AS, Coatsworth JD (1998) The development of competence in favorable and unfavorable environments. *Am Psychologist* 53, 205-220.
536. Masters WH, Johnson VE (1970) Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown.
537. Maturana HR (1978) Biology of language: The epistemology of reality. In: GA Miller, E Lenneberg (Eds.) *Psychology and biology of language and thought*. NY: Academic Press.
538. McDaniel SH (1995) Collaboration between psychologists and family physicians: Implementing the bio-psycho-social model. *Professional Psychology* 26, 117-122.
539. McDaniel SH, Harkness JL, Epstein KM (2001) Medical family therapy for a woman with Crohn's disease and her son. *Am J Fam Ther* 29, 375-395.
540. McDaniel SH, Hegworth J, Doherty WJ (1992) Medical family therapy: A bio-psycho-social approach to families with health problems. NY: Basic Books.
541. McDaniel SH, Hegworth J, Doherty WJ (1995) Medical family therapy with somatizing patients: The co-creation of therapeutic stories. In: RH Mikessell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
542. McDaniel SH, Lusterman DD, Philpot CL (2001) Introduction to integrative ecosystemic family therapy. In: SH McDaniel, DD Lusterman, CL Philpot (Eds.) *Casebook for integrating family therapy: An ecosystemic approach*. Washington, DC: APA.
543. McFarlane WR (1991) Family psychoeducational treatment. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
544. McFarlane WR (2002) Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. NY: Guilford.
545. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Luckstead A (2003) Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *J Marital Fam Ther* 29(2), 223-245.
546. McGoldrick M (1999) Becoming a couple. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Boston: Allyn & Bacon.
547. McGoldrick M (2003) Culture: A challenge to concepts of normality. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes*. NY: Guilford.
548. McGoldrick M (Ed.) (1998) *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice*. NY: Guilford.
549. McGoldrick M, Anderson CM, Walsh F (1989) Women in families and in family therapy. In: M McGoldrick, CM Anderson, F Walsh (Eds.) *Women in families*. NY: Norton.
550. McGoldrick M, Carter B (1999) Remarried families. In: Carter B, McGoldrick M (Eds.) *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives*.
551. McGoldrick M, Carter B (2001) Advances in coaching: Family therapy with one person. *J Marital Fam Ther* 27, 281-300.
552. McGoldrick M, Carter B (2003) The family life cycle. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes*. NY: Guilford.
553. McGoldrick M, Garcia-Preto N, Hines PM, Lee E (1991) Ethnicity and family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
554. McGoldrick M, Gerson R (1985) Genograms in family assessment. NY: Norton.
555. McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S (1999) Genograms: Assessment and intervention. NY: Norton.
556. McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK (2005) Ethnicity and family therapy. NY: Guilford.
557. McGoldrick M, Pearce JK, Giordano J (1982) Ethnicity and family therapy. NY: Guilford.
558. Meichenbaum D (1995) Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. In: MJ Mahoney (Ed.) *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice*. NY: Springer.
559. Meisner WW (1978) The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In: TJ Paolino, BS McCrady (Eds.) *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems perspectives*. NY: Brunner/Mazel.
560. Meyerhoff B (1986) "Life, not death in Venice": Its second life. In: VW Turner, EM Bruner (Eds.) *The anthropology of experience*. Univ of Illinois Press.
561. Michaels ML (2000) The stepfamily enrichment program. *Am J Fam Ther* 28, 61-73.
562. Middlefort CF (1957) The family in psychotherapy. NY: Viking Press.
563. Mikessell RH, Lusterman DD, McDaniel SH (Eds.) (1995) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.

564. Miklowitz DJ (1995) The evolution of family-based psychopathology. In: RH Mikessell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy*. Washington, DC: APA.
565. Miklowitz DJ, Goldstein MJ (1997) Bipolar disorder: A family-focused treatment approach. NY: Guilford.
566. Miklowitz DJ, Simonson TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, et al (2000) Family-focused treatment of bipolar disorder. *J Biol Psychiatry* 48, 582-592.
567. Miller JJ (1996) Managed care is harmful to outpatient mental health services: A call for accountability. *Professional Psychology* 27, 349-363.
568. Miller JB (1976) *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon.
569. Miller JB, Jordan JV, Kaplan AG, et al. (1997) Some misconceptions and reconceptions of a relational approach. In: JV Jordan (Ed.) *Women's growth in diversity*. NY: Guilford.
570. Miller JB, Silver IP (1991) A relational reframing of therapy. *Work in Progress*, No 52, Wellesley, MA: Stone Center Working Papers Series.
571. Miller N (1992) Single parents by choice. NY: Insight Books.
572. Miller S (1994) The solution-conspiracy. *J Systemic Ther* 13, 1837.
573. Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S (1998) Working with families of the poor. NY: Guilford. Magyarul: Krízisről krízisre. A szegény családok segítése. Animula.
574. Minuchin S (1974) *Families and family therapy*. Cambridge, MA: HUP. Magyarul: Családok és családterápia. Animula.
575. Minuchin S (1984) *Family kaleidoscope*. Cambridge, MA: HUP.
576. Minuchin S (1991) The seductions of constructivism. *Family Networker* 15(5), 47-50.
577. Minuchin S, Baker L, Rosman B, Liebman R, Milman L, Todd T (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Arch Gen Psychiatry* 32, 1031-1038.
578. Minuchin S, Fishman HC (1981) *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: HUP.
579. Minuchin S, Lee W-Y, Simon GM (1996) *Mastering family therapy: Journeys of growth and transformation*. NY: Wiley.
580. Minuchin S, Montalvo B, Guernsey BG Jr, Rosman BL, Schaner F (1967) *Families of the slums: An exploration of their structure and treatment*. NY: Basic Books.
581. Minuchin S, Nichols MP (1993) *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. NY: Free Press.
582. Minuchin S, Nichols MP (1998) Structural family therapy. In: FM Dattilio (Ed.) *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. NY: Guilford.
583. Minuchin S, Rosman BL, Baker L (1978) *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: HUP.
584. Mitrani VB, Perez BA (2003) Structural-strategic approaches to couple and family therapy. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. NY: Brunner-Routledge.
585. Montahan J (1993) Limiting therapist exposure to Tarasoff liability: Guidelines for risk containment. *Am Psychologist* 48, 242-250.
586. Moon SM, Dillon DR, Sprengle DH (1990) Family therapy and qualitative research. *J Marital Fam Ther* 16, 357-373.
587. Moos RH (1974) *Combined preliminary manual: Family work, and group environment scales*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
588. Moos RH, Moos BS (1994) *Family environmental scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
589. Morgan A (2000) *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publ.
590. Morris SB, Alexander JF, Waldron H (1988) Functional family therapy. In: IRH Falloon (Ed.) *Handbook of behavioral family therapy*. NY: Guilford.
591. Moulthrop DJ (1956) Integration: A coming of age. *J Contemp Fam Ther* 8, 157-167, 189.
592. Mudd FH (1951) *The practice of marriage counseling*. NY: Association Press.
593. Mueser KT, Glynn SM (1995) *Behavioral family therapy for psychiatric disorders*. Boston: Allyn & Bacon.
594. Munkacsy NI, Gore PAJ (2004) Stress, coping, and differentiation of self: A test of Bowen theory. *J Contemp Fam Ther* 26, 319-335.
595. Nagy TF (2005) *Ethics in plain English: An illustrative casebook for psychologists*. Washington, DC: APA.

596. Napier AY (2000) Making a marriage. In: WC Nichols, MA Pace-Nichols, DS Becvar, AY Napier (Eds.) *Handbook of family development and intervention*. NY: Wiley.
597. Napier AY, Whitaker CA (1978) *The family crucible*. NY: Harper & Row.
598. Nathan PE, Gorman JM (2002) *A guide to treatment that works*. London: Oxford UP.
599. National Association of Social Workers (1999) *Code of ethics*. Washington, DC: NASW.
600. Neill JR, Kniskern DP (Eds.) (1982) *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. NY: Guilford.
601. Neimeyer RA, Neimeyer GJ (1993) Constructivist assessment: What and when. In: GJ Neimeyer (Ed.) *Constructivist assessment: A casebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
602. Nerin WF (1986) Family reconstruction: Long day's journey into light. NY: Norton.
603. Nerin WF (1989) You can go home again. *Family Networker* 13(1), 54-55.
604. Neugarten B (1976) Adaptation and the life cycle. *Counseling Psychologist* 6, 16-20.
605. Nichols MP (1987) *The self in the system*. NY: Brunner/Mazel.
606. Nichols WC, Everett CA (1986) *Systemic family therapy*. NY: Guilford.
607. Nichols WC, Pace-Nichols MA (2000) Family development and family therapy. In: WC Nichols, MA Pace-Nichols, DS Becvar, AY Napier (Eds.) *Handbook of family development and intervention*. NY: Wiley.
608. Nicolai KM, Scott NA (1994) Provisions of confidentiality information and its relation to child abuse reporting. *Professional Psychology* 25, 154-160.
609. Norcross JC (Ed.) (2002) *Psychotherapy relationships that work*. NY: Oxford Univ Press.
610. Northey WF Jr (2005, July-August) Are you competent to practice marriage and family therapy? *Fam Ther Mag* 10-13.
611. O'Hanlon WH (1993) Take two people and call them in the morning: Brief solution-oriented therapy with depression. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. NY: Guilford.
612. O'Hanlon WH, Beadle S (1999) *A guide to possibility land: Fifty-one methods of doing brief respectful therapy*. NY: Norton.
613. O'Hanlon WH, Bertolino B (Eds.) (1999) *Evolving possibilities: Selected papers of Bill O'Hanlon*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
614. O'Hanlon WH, Weaver-Davis M (1989) *In search of solutions*. NY: Norton.
615. O'Neil JM (1982) Gender role conflict and strains in men's lives. In: K Solomon, N Levy (Eds.) *Men in transition: Theory and therapy*. NY: Plenum.
616. Olkin R (1999) What psychotherapists should know about disability. NY: Guilford.
617. Olson DH (1970) Marital and family therapy. *J Marriage Fam Counseling* 4, 77-98.
618. Olson DH (1987) *Building a strong marriage*. Minneapolis, MN: Prepare/Enrich, Inc.
619. Olson DH (1997) *PREPARE/ENRICH counselor's manual*. Minneapolis, MN: Life innovations.
620. Olson DH (2000) Circumplex model of marital and family systems. *J Fam Ther* 22, 144-167.
621. Olson DH, Fournier DG, Druckman JM (1986) *PREPARE/ENRICH counselor's manual*. Minneapolis, MN: Prepare/Enrich, Inc.
622. Olson DH, Gorall DM (2003) Circumplex model of marital and family systems. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.). NY: Guilford.
623. Olson DH, Olson AK (1999) *PREPARE/ENRICH Progress: Version 2000*. In: R Berger, MT Harnish (Eds.) *Preventive approaches in couple therapy*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
624. Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH (Eds.) (1989) *Circumplex model*. NY: Haworth.
625. Ozciozkowski TJ, Turner CW, Waldron HB (2003) The treatment of adolescent conduct disorders and drug abuse. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner-Routledge.
626. Papero DV (1990) *Bowen family systems theory*. Boston: Allyn & Bacon.
627. Papero DV (1995) *Bowen's family systems and marriage*. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. NY: Guilford.
628. Papero DV (2000) *The Bowen theory*. In: AM Horne (Ed.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
629. Papp P (1983) *The process of change*. NY: Guilford.
630. Parry A, Dean RE (1994) *Story re-vision*. NY: Guilford.
631. Parry TA (1993) Without a net: Preparations for postmodern living. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. NY: Guilford.

632. Parsons T, Bales KF (1955) *Family, socialization, and interaction process*. Glencoe, IL: Free Press.
633. Patten C, Barnett T, Houlahan D (1991) Ethics in marital and family therapy: A review of the literature. *Professional Psychology* 22(2), 171-175.
634. Patterson CJ (1995) *Lesbian and gay parenting*. Washington, DC: APA.
635. Patterson GR (1971) *Families: Application of social learning to family life*. Champaign, IL: Research Press.
636. Patterson GR (1985) Beyond technology. In: L L'Abate (Ed.) *Handbook of family psychology and therapy*. Homewood, IL: Dorsey Press.
637. Patterson GR, Brodsky M (1966) Behavior modification for a child with multiple problem behaviors. *J Child Psychology and Psychiatry* 7, 277-295.
638. Patterson GR, Reid J (1971) Reciprocity and coercion. In: C Neuringer, J Michael (Eds.) *Behavior modification in clinical psychology*. NY: Appleton-Century-Crofts.
639. Patterson GR, Reid RB, Jones RR, Conger RE (1975) *A social learning approach to family intervention. Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia.
640. Patterson T (1997) Theoretical unity and technical eclecticism. *Am J Fam Ther* 25, 97-109.
641. Paul NL (1974) The use of empathy in the resolution of grief. In: J Ellard, V Volkan, NL Paul (Eds.) *Normal and pathological responses to bereavement*. NY: MSS Inform. Corp.
642. Payne M (2000) *Narrative therapy: An introduction to counselors*. London: Sage Publ.
643. Peake TH, Bordin CM, Archer RP (1988) *Brief psychotherapies: Changing frames of mind*. Newbury Park, CA: Sage.
644. Pedersen P (2000) *A handbook of developing multicultural awareness*. Alexandria, AGA: Am Counseling Assn.
645. Penn P (1982) Circular questioning. *Fam Proc*, 21, 267-280. Magyar: Csálódterápiás olvasmányok. Animula.
646. Perlin ML (1997) The "duty to protect" others from violence. In: *The Hatherleigh guide to ethics in therapy*. NY: Hatherleigh Press.
647. Perls FS (1969) *Gestalt therapy: verbatim*. Lafayette, CA: Free People Press.
648. Perry HS (1982) *Psychiatrist of America: The life of Harry Stack Sullivan*. Cambridge, HUP.
649. Philpot CL, Brooks GR (1995) *Intergender communication and gender-sensitive family therapy*. In: RH Mikessell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
650. Philpot CL, Brooks GR, Lusterman DD, Nutt RL (1997) *Bridging separate gender worlds*. Washington, DC: APA.
651. Philpot CT (2000) Socialization of gender roles. In: WC Nichols, MA Pace-Nichols, et al. (Eds.) *Handbook of family development and intervention*. NY: Wiley.
652. Piercy FP, Sprenkle DH (1990) Marriage and family therapy: A decade review. *J Marriage Fam* 52, 1116-1126.
653. Pigott S, Monaco L (2004) *Enabling children to succeed: Community-based supports for families*. Presented at the Making Children Mature Conference, Toronto, Canada, 2004.
654. Pinsof WM (1995) *Integrative problem-centered therapy*. NY: Basic Books.
655. Pinsof WM, Hambricht AB (2002) Toward prevention and clinical relevance. In: HJA Liddle, DA Santisteban, RF Levant, JH Bray (Eds.) *Family psychology: Science-based interventions*. Washington, DC: APA.
656. Pinsof WM, Wynne LC (1995) The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: Introduction to the special issue. *J Marital Fam Ther* 21, 341-343.
657. Pinsof WM, Wynne LC (2000) Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *J Marital Fam Ther* 26, 1-8.
658. Pinsof WM, Wynne LC, Hambricht AB (1996) The outcomes of couple and family therapy: Findings, conclusions, and recommendations. *J Psychother* 33, 321-331.
659. Pipher M (1994) *Revising Ophelia: Saving the selves of adolescent girls*. NY: Ballantine.
660. Pirovetti S (1984) Milan revisited: A comparison of the two Milan schools. *J Strat Syst Ther* 3, 3-15.
661. Pittman F (1989) Remembering Virginia. *Fam Ther Networker* 13(1), 34-35.
662. Plaut SM, Donahue KM (2003) Evaluation and treatment of sexual dysfunction. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. NY: Brunner-Routledge.

663. Pope KS (1994) Sexual involvement with therapists: Patient assessment subsequent therapy. *forensics*. Washington, DC: APA.
664. Pope KS, Vasquez MJT (1998) Ethics in psychotherapy and counseling. *SFr: Jossey-Bass*.
665. Prata C (1990) A systemic herpion imo family games. NY: Brunner/Mazel.
666. Preto NG (1999) Transformation of the family system during adolescence. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) *The expanded life cycle*. Boston: Allyn & Bacon.
667. Prevatt FF (1999) Milan systemic therapy. In: DM Lawson, FF Prevatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
668. Price J (1996) Power and compassion. NY: Guilford.
669. Prochaska JO, Norcross JC (1999) Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
670. Rank MR (2000) Socialization of socioeconomic status. In: WC Nichols, MA Pace-Nichols, et al. (Eds.) *Handbook of family development and intervention*. NY: Wiley.
671. Real T (1990) The therapeutic use of self in constructionist therapy. *Fam Proc* 29, 255-72.
672. Reaves RP, Ogloff JRP (1996) Liability for professional misconduct. In: LJ Bass et al (Eds.) *Professional conduct and discipline in psychology*. Washington, DC: APA.
673. Reed GM, Eisman EJ (2006) Uses and misuses of evidence. In: CD Goodheart, AE Kazdin, RJ Sternberg (Eds.) *Evidence-based psychotherapy*. Washington, DC: APA.
674. Rice EF (1993) Intimate relationships, marriages, and families. Mountain View, CA: Mayfield.
675. Risman BJ (1998) Gender vertigo. New Haven, CT: Yale UP.
676. Robbins MS, Alexander JF, Newell RM, Turner CW (1996) The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy. *J Fam Psychol* 10, 28-34.
677. Robbins MS, Mayorga BA, Szapocznik J (2003) The ecovstemic "lens" for understanding family functioning. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner-Routledge.
678. Roberto LG (1991) Symbolic-experiential family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
679. Roberto LG (1992) Transgenerational family therapies. NY: Guilford.
680. Rolland JS (1994) Families, illness, and disability. NY: Basic Books.
681. Rolland JS (2003) Mastering family challenges in illness and disability. In: F Walsh (Ed.) *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.) NY: Guilford.
682. Rosen RC, Leiblum SR (Eds.) (1995) *Case studies in sex therapy*. NY: Guilford.
683. Rosenberg JB (1983) Structural family therapy. In: BB Wolman, G Stricker (Eds.) *Handbook of family and marital therapy*. NY: Plenum.
684. Ross NM, Delaherty WJ (2001) Validity of the global assessment of relational functioning when used by community-based therapists. *Am J Fam Ther* 29, 293-253.
685. Roth A, Fonagy P (2004) What works for whom? A critical review of psychotherapy research. NY: Guilford.
686. Rotheram MJ (1989) The family and the school. In: L Combrinck-Graham (Eds.) *Children in family context: Perspectives on treatment*. NY: Guilford.
687. Ruddy NB, McDaniel SH (2003) Medical family therapy. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner-Routledge.
688. Rupert PA, Baird KA (2004) Managed care and the independent practice of psychology. *Professional Psychology*: 35, 185-193.
689. Sampson JP, Kokodinsky RW, Greco BP (1997) Counseling on the information highway: Future possibilities and potential problems. *J Counseling Development* 75, 203-212.
690. Sander FM (1998) Psychoanalytic couple therapy. In: FM Dattilo (Ed.) *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. NY: Guilford.
691. Sanders MR, Dadds MR (1993) Behavioral family intervention. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
692. Sanford K, Bingham CR, Zucker RA (1999) Validity issues with the Family Environment Scale. *J Psychol Assessment* 11, 315-325.
693. Santisteban DA, Muir-Malcolm JA, Mitrani VB, Szapocznik J (2002) Integrating the study of ethnic culture and family psychology intervention science. In: HA Liddle, DA Santisteban, RF Levant, JH Bray (Eds.) *Family psychology: Science-based interventions*. Washington, DC: APA.
694. Satir VM (1961) Conjoint family therapy. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

695. Satir VM (1967) Conjoint family therapy (rev. ed.) Palo Alto, CA: Science/Behavior Books.
696. Satir VM (1972) *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
697. Satir VM (1982) The therapist and family therapy: Process model. In: AM Horne, MM Ohlsen (Eds.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
698. Satir VM (1986) A partial portrait of a family therapist in process. In: HC Fishman, BL Rosman (Eds.) *Evolving models for family change: A volume in honor of Salvador Minuchin*. NY: Guilford.
699. Satir VM, Baldwin MI (1983) Satir step by step: A guide to creating change in families. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
700. Satir VM, Banmen J, Gerber J, Gomori M (1991) The Satir model: Family therapy and beyond. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books. Magyarul: A Satir modell. Csallóterápiás és ami azon túl van. Bp. Coincidence.
701. Satir VM, Bitter JR (2000) The therapist and family therapy: Satir's human validation model. In: AM Horne, JL Passtravre (Eds.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
702. Saxton L (1996) The individual, marriage, and the family. Icknowat, CA: Wadsworth.
703. Scharf RS (2000) Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases. Pacific Grove, CA: Wadsworth-Brooks/Cole.
704. Scharf DE (1989) An object relations approach to sexuality in family life. In: JS Scharf (Ed.) *Foundations of object relations family therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
705. Scharf DE, Scharf JS (1987) Object relations family therapy. Northvale, NJ: Aronson.
706. Scharf JS (1989) The development of object relations family therapy. In: JS Scharf (Ed.) *Foundations of object relations family therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
707. Scharf JS (1995) Psychoanalytic marital therapy. In: NS Jacobson, AS Gurman (Eds.) *Clinical handbook of couple therapy*. NY: Guilford.
708. Scharf JS, Scharf DE (1992) Scharf notes: A primer of object relations therapy. Northvale, NJ: Aronson.
709. Scharf JS, Scharf DE (1997) Object relations couple therapy. *Am J Psychother* 51, 111-73.
710. Scharf JS, Scharf DE (2003) Object-relations and psychodynamic approaches to couple and family therapy. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner-Routledge.
711. Schlinger K, Anger-Diaz B (1999) The brief therapy approach of the Palo Alto group. In: DM Lawson, F Prevatt (Eds.) *Casebook in family therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks.
712. Schmach DM (1991) Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy. NY: Norton.
713. Schmach DM (1995) A family systems approach to sex therapy and intimacy. In: RH Milesell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) *Integrative family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington, DC: APA.
714. Schulthes GM, O'Hanlon W, O'Hanlon S (1999) Brief couples therapy homework planner. NY: Wiley.
715. Schwebel AI, Fine MA (1994) Understanding and helping families: A cognitive-behavioral approach. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
716. Segal L (1982) Brief family therapy. In: AN Horne, MM Ohlsen (Eds.) *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock.
717. Segal L (1987) "What is a problem?" A brief family therapist's view. *Fam Ther Today* 2(7), 1-7.
718. Segal L (1991) Brief therapy: The MRI approach. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
719. Segal L, Bosvels JB (1983) Human systems and communication theory. In: BB Wolman, G Stricker (Eds.) *Handbook of family and marital therapy*. NY: Plenum.
720. Seibt, TH (1996) Nontraditional families. In: M Harway (Ed.) *Treating the changing family: Handling normative and unusual events*. NY: Wiley.
721. Selekman MD (1993) Solution-oriented brief therapy with difficult adolescents. In: S Friedman (Ed.) *The new language of change*. NY: Guilford.
722. Selekman MD (2002) Living on the razor's edge: Solution-oriented brief family therapy with self-harming adolescents. NY: Norton.
723. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M (Eds.) (2000) Positive psychology. *Am Psychologist*, 55.
724. Seligman MEP, Levant RF (1998) Managed care policies rely on inadequate research. *Professional Psychology*: 29, 211-212.

725. Seltzer LF (1986) Paradoxical strategies in psychotherapy: A comprehensive overview and guide-book. NY: Wiley.
726. Selvini-Palazzoli M (1978) Self starvation. NY: Aronson.
727. Selvini-Palazzoli M (1986) Towards a general model of psychotic family games. *J Marital Fam Ther* 12, 339-349.
728. Selvini-Palazzoli M (1980) Why a long interval between sessions? In: M Andolfi, I Zwerling (Eds.) Dimensions of family therapy. NY: Guilford.
729. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1974) The treatment of children through brief therapy of their parents. *Fam Proc* 13, 429-442.
730. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1978) Paradox and counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. NY: Aronson.
731. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G (1980) Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Fam Proc* 19, 3-12. Magyarul: Csallértergás öbanskönyv, Animula.
732. Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM (1989) Family games: General models of psychotic processes in the family. NY: Norton.
733. Sexton TL, Alexander JF (2003) Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) Handbook of family therapy. NY: Brunner-Routledge.
734. Sexton TL, Alexander JF (1999) Functional family therapy. Henderson, NV: RCH.
735. Sexton TL, Robbins MS, Holliman AS, Mease AJ, Mayorga CC (2003) Efficacy, effectiveness, and change mechanisms in couple and family therapy. In: TL Sexton, GR Weeks, MS Robbins (Eds.) Handbook of family therapy. NY: Brunner-Routledge.
736. Sexton TL, Weeks GR, Robbins MS (2003) The future of couple and family therapy. In: TL Sexton, GR Weeks, AS Robbins (Eds.) Handbook of family therapy. NY: Brunner-Routledge.
737. Shadish WR, Ragdale K, Glaser RR, Montgomery LM (1995) The efficacy and effectiveness of marital and family therapy. *J Marital Fam Ther* 21, 345-360.
738. Shapiro PG (1996) My turn. Women's search for self after the children have. Princeton, NJ: Peterson.
739. Sheldon KM, King L (2001) Why positive psychology? *Am Psychologist* 56, 216-217.
740. Shellenberger S, Hoffman SS (1995) The changing work-family system. In: RH Mikesell, DD Lusterman, SH McDaniel (Eds.) Integrating family therapy. Washington, DC: APA.
741. Sherman JR, Dinkmeyer D (1987) Systems of family therapy: An Adlerian integration. NY: Brunner/Mazel.
742. Sheham V, Rohrbach M, Patterson J (1995) Problem- and solution-focused couples therapies. In: N Jacobson, A Gurman (Eds.) Clinical handbook of couple therapy. NY: Guilford.
743. Shuerman SA, Troy WG, Mayhugh SL (1994) Principles and issues in managed behavioral health care. In: SA Shuerman, WG Troy, SL Mayhugh (Eds.) Managed behavioral health care: An industry perspective. Springfield, IL: Thomas.
744. Silliman B, Stanley SM, Coffin CV, Markman HJ, Jordan PL (2002) Preventive intervention for couples. In: HA Liddle, DA Santisteban, RF Levant, JH Bray (Eds.) Family psychology: Science-based interventions. Washington, DC: APA.
745. Silverstein L, Auerbach CF (2005) What does qualitative research have to offer family psychologists? *Fam Psychologist* 22(4), 10, 24.
746. Silverstein L, Quaratori B (1996) Winter Gay fathers. *Fam Psychologist*, 12, 23-24.
747. Simon R (1984) Stranger in a strange land: An interview with Salvador Minuchin. *Fam Ther Networker* 6(6), 22-31.
748. Simon R (1987) Goodbye paradox, hello invariant prescription: An interview with Mara Selvini-Palazzoli. *Fam Ther Networker* 11(5), 16-33.
749. Simon R (1997) Fearsome foursome: An interview with the Women's Project. *Fam Ther Networker* 21(6), 58-68.
750. Simons RI (1996) The effect of divorce on adult and child adjustment. In RI Simons et al. (Eds.) Understanding differences between divorced and intact families: Stress, interaction, and child outcome. Thousand Oaks, CA: Sage.
751. Singleton G (1982) Bowen family systems theory. In: AM Horne, MM Ohlsen (Eds.) Family counseling and therapy. Itasca, IL: Peacock.

752. Skowron EA, Friedlander MI (1998) The Differentiation of Self Inventory development and initial validation. *J Counseling Psychology* 45, 235-246.
753. Skauser ACR (1981) An open-systems, group analytic approach to family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) Handbook of family therapy. NY: Brunner/Mazel.
754. Slavson SR (1964) A textbook in analytic group psychotherapy.
755. Slipp S (1984) Object relations. NY: Jason Aronson.
756. Slipp S (1988) The technique and practice of object relations family therapy. Northvale, NJ: Aronson.
757. Slipp S (1991) Object relations: A dynamic bridge between individual and family treatment. Northvale, NJ: Aronson.
758. Slovik LS, Griffith JL (1992) The current face of family therapy. In JS Rutan (Ed.) Psychotherapy for the 1990s. NY: Guilford.
759. Sluzka CE (1978) Marital therapy from a systems theory perspective. In: TJ Paolino, BS McCrady (Eds.) Marriage and marital therapy. NY: Brunner/Mazel.
760. Sluzka CE (1979) Migration and family conflict. *Fam Proc* 18, 379-390.
761. Smith RL (1999) Client confidentiality in marriage and family counseling. In: P Stevens (Ed.) Ethical casebook for the practice of family counseling. Alexandria, VA: ACA.
762. Snow JE (2004) How it feels to have a gay or lesbian parent? NY: Harrington Park Press.
763. Snyder DK, Cozzi JJ, Mangrum LF (2002) Conceptual issues in assessing couples and families. In: HA Liddle, DA Santisteban, EF Levant, JH Bray (Eds.) Family psychology: Science-based interventions. Washington, DC: APA.
764. Speck RV, Atneave CL (1973) Family networks. NY: Pantheon Books.
765. Sprenkle DH (1994) Editorial. The role of qualitative research and a few suggestions for aspiring authors. *J Marital Fam Ther* 20, 227-229.
766. Sprenkle DH (2003) Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *J Marital Fam Ther* 29(1), 85-96.
767. Sprenkle DH, Bischoff R (1995) Research in family therapy: Trends, issues, and recommendations. In: M Nichols, R Schwartz (Eds.) Family therapy: Concepts and methods. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
768. Sprenkle DH, Pierce TP (2005) Research methods in family therapy. NY: Guilford.
769. St.Clair M (2000) Object relations and self psychology: An introduction. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Wadsworth.
770. Stahmann RF, Hiebert WJ (1997) Premarital and remarital counseling. SFr: Jossey-Bass.
771. Stanley SM, Blumberg SL, Markman HJ (1999) Helping couples fight for their marriages: The PREP approach. In: K Berger, MT Hamish (Eds.) Preventive approaches to couples therapy. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
772. Stanton MD, Shadish WK (1997) Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse. *Psychological Bull* 122, 170-191.
773. Stanton MD, Todd T (1982) The family therapy of drug abuse and addiction. NY: Guilford.
774. Steinglass P (1996) Editorial: Family Process at 35. *Fam Proc* 35, 1-2.
775. Steinglass P (1998) Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *J Fam Syst Health* 16, 55-71.
776. Sterlin H (1972) Separating parents and adolescents. NY: Quadrangle.
777. Sterlin H, Simon FB, Schmidt G (Eds.) (1987) Family realities. NY: Brunner/Mazel.
778. Stronberg C, Dellinger A (1993) Malpractice and other professional liability. Washington, DC: National Register of Health Service Providers in Psychology.
779. Stronberg C, Schneider J, Joendeph B (1993) Dealing with potentially dangerous patients. The Psychologist's Legal Update. Washington, DC: National Register of Health Service Providers in Psychology.
780. Stuart RB (1969) Operant-interpersonal treatment of marital discord. *J Cons Clin Psychol* 33, 675-682.
781. Stuart RB (1976) An operant interpersonal program for couples. In: DH Olson (Ed.) Treating relationships. Lake Mills, IA: Graphix.
782. Stuart RB (1980) Helping couples change: A social learning approach to marital therapy. Champaign, IL: Research Press.
783. Suarez-Orozco C, Suarez-Orozco M (2001) Children of immigrants. Cambridge, MA: HUP.
784. Sue D (1994) Incorporating cultural diversity in family therapy. *Fam Psychologist* 1(1), 19-27.

785. Sue DW, Carter K, Casa JM, Fouad NA, Ivey AE, Jensen M et al (1998) Multicultural counseling competencies. Thousand Oaks, CA: Sage.
786. Sue DW, Sue D (1999) Counseling the culturally different. NY: Wiley.
787. Sullivan HS (1940) Conceptions of modern psychiatry. NY: Norton.
788. Sullivan HS (1953) The interpersonal theory of psychiatry. NY: Norton.
789. Sutherland J (1980) The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip Br J Medical Psychology 28, 829-860.
790. Sweeney TJ (1995) Accreditation, credentialing, and professionalism: The role of specialties. J Counseling Development 79,117-125.
791. Swenson LC (1997) Psychology and law for the helping professions. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
792. Szapocznik J, Kurtines W, et al. (1989) Breakthroughs in family therapy with drug-abusing and problem youth. NY: Springer.
793. Szapocznik J, Robbins M, Mitrani VB, Santisteban D, Ileris O, Williams PA (2002) Brief strategic family therapy with behavior problem Hispanic youth. In: J Lebow (Ed.) Integrative and eclectic psychotherapies. NY: Wiley.
794. Thibaut JW, Kelley HH (1959) The social psychology of groups. NY: Wiley.
795. Thomas A, Sillen S (1974) Racism and psychiatry. Secaucus, NJ: Citadel.
796. Thomas V, McColhan EE, Snyder W (1999) Beyond the clinic: In-home therapy with Head Start families. J Marital Fam Ther 25, 177-189.
797. Tiefer L (2001) Feminist critique of sex therapy. In: PL Kleinfeld (Ed.) New directions in sex therapy: Innovations and alternatives. NY: Brunner-Routledge.
798. Tietelman P (1987) The therapist's own family. Northvale, NJ: Aronson.
799. Tietelman P (1998) Clinical applications of Bowen family systems theory. NY: Haworth.
800. Todd TC (1988) Behavioral and systemic family therapy. In: RHH Falloon (Ed.) Handbook of behavioral family therapy. NY: Guilford.
801. Toman W (1961) Family constellation. NY: Springer.
802. Toman K (1987a) Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. Fam Proc 26, 3-13. Magyarul: Csálódterápiás olvasókönyv. Animula.
803. Toman K (1987b) Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. Fam Proc 26, 167-183. Magyarul: Csálódterápiás olvasókönyv. Animula.
804. Toman K (1988) Interventive interviewing: Part III. Intending to ask linear, circular, strategic or reflective questions? Fam Proc 27, 1-15. Magyarul: Csálódterápiás olvasókönyv. Animula.
805. Toman KM (1984a) One perspective on the Milan approach: I. J Mar Fam Ther 10, 113-25.
806. Toman KM (1984b) One perspective on the Milan approach: II. J Mar Fam Ther 10, 253-71.
807. Toulmin J, Perlmutter HF, Strauss MA, Holden GW (2001) Handbook of family measurement techniques. Newbury Park, CA: Sage.
808. Toward a differentiation of self in one's family (1972). In: JL Framo (Ed.) Family interaction. A dialogue between family researchers and family therapists. NY: Springer.
809. Ulrich DN (1983) Contextual and marital therapy. In: BB Wolman, G Stricke (Eds.) Handbook of family and marital therapy. NY: Plenum.
810. Ulrich DN (1998) Contextual family therapy. In: FM Dattilio (Ed.) Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives. NY: Guilford.
811. Umbarger CC (1983) Structural family therapy. NY: Grune & Stratton.
812. US Census Bureau (2000) Poverty in the United States: 1999. Washington, DC.
813. US Census Bureau (2003) Married couple and unmarried partner households, 2000.
814. VandenBos GR (1986) Psychotherapy research. Am Psychologist, 41, 111-112.
815. Varela FJ (1979) Principles of biological autonomy. NY: Elsevier North Holland.
816. Vesper JH, Brock GW (1991) Ethics, legalities, and professional practice issues in marriage and family therapy. Boston: Allyn & Bacon.
817. Visser EB, Visser JS (1986) Stepfamily workbook manual. Baltimore: Am Stepfamily Assn.
818. Visser EB, Visser JS (1988) Old loyalties, new ties: Stepfamilies. NY: Brunner/Mazel.
819. Visser EB, Visser JS (1993) Remarriage families and stepparenting. In: F Walsh (Ed.) Normal family processes. NY: Guilford.
820. Visser EB, Visser JS (1996) Therapy with stepfamilies. NY: Brunner/Mazel.
821. Visser EB, Visser JS, Pinsky K (2003) Remarriage families and stepparenting. In: F Walsh (Ed.) Normal family processes: Diversity and complexity. NY: Guilford.

822. von Foerster H (1981) Observing systems. Seaside, CA: Intersystems.
823. von Glasersfeld E (1987) The construction of knowledge. Salinas, CA: Intersystems.
824. Wachtel E, Wachtel P (1986) Family dynamics in individual psychotherapy. NY: Guilford.
825. Wachtel PL (1997) Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world. Washington, DC: APA.
826. Walen SR, Perlmutter R (1988) Cognitive-behavioral treatment of adult sexual dysfunctions from a family perspective. In: N Epstein, SE Schlesinger, W Dryden (Eds.) Cognitive-behavioral therapy with families. NY: Brunner/Mazel.
827. Walker G, Goldner V (1995) The wounded prince and the women who love him. In: C Burke, B Speed (Eds.) Gender and power in relationships. London: Routledge.
828. Walston-Skinner S (1976) Family therapy. London: Routledge.
829. Walsh F (1998) Strengthening family resilience. NY: Guilford.
830. Walsh F (1999a) Families in later life: Challenges and opportunities. In: B Carter, M McGoldrick (Eds.) The expanded family life cycle. Boston: Allyn & Bacon.
831. Walsh F (2003a) Changing families in a changing world: Reconstructing family normality. In: F Walsh (Ed.) Normal family processes. NY: Guilford.
832. Walsh F (2003b) Family resilience: Strengths forged through adversity. In: F Walsh (Ed.) Normal family processes: Growing diversity and complexity. NY: Guilford.
833. Walsh F (Ed.) (1999b) Spiritual resources in family therapy. NY: Guilford.
834. Walsh F, Pryce J (2003) The spiritual dimension of family life. In: F Walsh (Ed.) Normal family processes: Growing diversity and complexity. NY: Guilford.
835. Walters M, Carter B, Papp P, Silverstein O (1989) The invisible web: Gender patterns in family relationships. NY: Guilford.
836. Wampler KS (1990) An update of research on the Couples Communication Program. Fam Science Rev 3, 21-40.
837. Waters D, Lawrence EC (1993) Competence, courage and change. NY: Norton.
838. Watzlawick P (1978) The language of change. NY: Basic Books.
839. Watzlawick P (Ed.) (1984) The invented reality. NY: Norton.
840. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D (1967) Pragmatics of human communication. NY: Norton.
841. Watzlawick P, Weakland H, Fisch R (1974) Change: Principles of problem formation and problem resolution. NY: Norton.
842. Weakland JH (1976) Communication theory and clinical change. In: PJ Guerini, Jr (Ed.) Family therapy: Theory and practice. NY: Gardner.
843. Weathers L, Liberman RP (1975) The family contracting exercise. J Behav Ther Exper Psychiatry 6, 208-214.
844. Webster-Stratton C, Hammond M (1997) Treating children with early-onset conduct problems. J Cons Clin Psychol 65(1), 93-109.
845. Weeks GR, Gumbesin N (2002) Hypoactive sexual desire. NY: Norton.
846. Weeks GR, L'Abate L (1982) Paradoxical psychotherapy. NY: Brunner/Mazel.
847. Weiner-Davis M (1992) Divorce-busting. NY: Summit Books.
848. Weiner-Davis M (1993) Pre-constructed realities. In: S Gilligan, R Price (Eds.) Therapeutic conversations. NY: Norton.
849. Weiner-Davis M (2001) Divorce remedy: The proven 7-step program for saving your marriage. NY: Simon and Schuster.
850. Weingarten K (1995) Radical listening: Challenging cultural beliefs for and about mothers. J Feminist Fam Ther 7, 7-22.
851. Weisz JR, Adkins ME (2006) The research-practice tango and other choreographic challenges. In: CD Goodheart, AE Kazdin, RJ Sternberg (Eds.) Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet. Washington, DC: APA.
852. Welfel ER (2006) Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues. Belmont, CA: Thomson-Brooks/Cole.
853. Wells RA, Dezen AE (1978) The results of family therapy revisited. Fam Proc 17, 251-274.
854. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H (2004) Empirical status of empirically supported psychotherapies. Psychological Bulletin 130, 631-663.
855. Wetchler JL, Piercy FP (1996) Experiential family therapies. In: FP Piercy, DH Sprenkle, JL Wetchler et al. (Eds.) Family therapy sourcebook. NY: Guilford.
856. Whitaker CA (1976) Comment: Live supervision in psychotherapy. Voices 12, 24-25.

857. Whitaker CA (1977) Process techniques of family therapy. *Interaction* 1, 4-19.
858. Whitaker CA (Ed.) (1958) *Psychotherapy of chronic schizophrenic patients*. Boston: Little, Brown.
859. Whitaker CA, Bumberry WM (1988) *Dancing with the family*. NY: Brunner/Mazel.
860. Whitaker CA, Keith DV (1981) Symbolic-experiential family therapy. In: AS Gurman, DP Kniskern (Eds.) *Handbook of family therapy*. NY: Brunner/Mazel.
861. Whitaker CA, Malone TP (1953) *The roots of psychotherapy*. NY: Blakiston.
862. Whitaker CA, Ryan MO (1989) *Midnight musings of a family therapist*. NY: Brunner/Mazel.
863. White C, Hales J (Eds.) (1997) *The personal is the professional: Therapists reflect on their families, life, and work*. Adelaide: Dulwich Centre Publ.
864. White M (1989) *Selected papers*. Adelaide: Dulwich Centre Publ.
865. White M (1991) Deconstruction and therapy. *Dulwich Centre Newsletter* 3, 21-40.
866. White M (1995) *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publ.
867. White M (1997) *Narratives of therapists' lives*. Adelaide: Dulwich Centre Publ.
868. White M (2000) *Reflections on narrative practice*. Adelaide: Dulwich Centre Publ.
869. White M, Epston D (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. NY: Norton.
870. Whiteside MF, Becker BJ (2000) Parental factors and the young child's post-divorce adjustment: A meta-analysis. *J Fam Psychol* 14, 5-26.
871. Wiener N (1948) Cybernetics. *Scientific American* 179(5), 14-18.
872. Williams LM, Patterson JE, Miller RB (2006) Panning for gold. *J Mar Fam Ther* 32, 17-32.
873. Williamson D (1991) *The intimate paradox*. NY: Guilford.
874. Willig C (2001) *Introducing qualitative research in psychology*. London: Routledge.
875. Wilson WJ (1996) *When work disappears: The world of the new urban poor*. NY: Knopf.
876. Winnicott DW (1965) *The maturational processes and the facilitating environment*. NY: IUP.
877. Wittgenstein T (1968) *Philosophical investigations* (3rd ed.) NY: Macmillan.
878. Wolpe J (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford Univ Press.
879. Wong I, Mock M (1997) Developmental and life cycle issues of Asian American young adults. In: E Lee (Ed.) *Working with Asian Americans: A guide for clinicians*. NY: Guilford.
880. Woods MD, Martin D (1984) *The work of Virginia Satir: Understanding her theory and technique*. Am J Fam Ther 11(1), 35-46.
881. Woody R, Woody J (2001) *Ethics in marriage and family therapy*. Washington, DC: AAMFT.
882. Worell J, Remer P (1992) Feminist perspectives in therapy. NY: Wiley.
883. Wylie MS (1990a) Brief therapy on the couch. *Fam Ther Networker* 74, 26-34, 66.
884. Wylie MS (1990b) Family therapy's neglected prophet. *Family Networker* 15(2), 25-37.
885. Wynne LC (1983) Family research and family therapy. *J Marital Fam Ther* 9, 113-117.
886. Wynne LC, McDaniel SH, Weber TT (1986) Systems consultation. NY: Guilford.
887. Wynne LC, Ryckoff TM, Day J, Hirsch ST (1958) Pseudomutuality in the family relationships of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 2115-220.
888. Wynne LC, Shields C, Sirkin M (1992) Illness, family theory and family therapy: Conceptual issues. *Fam Proc* 31, 3-18.
889. Wynne LC, Singer MT (1963) Thought disorder and family relations of schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 9, 191-206.
890. Yalom ID (1995) *The theory and practice of group psychotherapy*. NY: Basic Books.
891. Magyarai A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata. Animula.
891. Yingling LC, Miller WE, McDonald AL, Galewaler ST (Eds.) (1998) *GARF assessment sourcebook: Using the DSM-IV Global Assessment of Relational Functioning*. Washington, DC: Taylor and Francis.
892. Yorgason JB, McWay LM, Feltz L (2005) In-home family therapy: Indicators of success. *J Marital Fam Ther* 32, 301-312.
893. Zastrow CH (1999) *The practice of social work* (6th ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
894. Zeig JK (Ed.) (1980) *A teaching seminar with Milton H Erickson*. NY: Brunner/Mazel.
895. Zilbach JJ (1989) The family life cycle: A framework for understanding children in family therapy. In: I. Combrinck-Graham (Ed.) *Children in family contexts*. NY: Guilford.
896. Zimmerman J, Dickerson V (1996) *If problems talked*. NY: Guilford.
897. Zuk GH, Boszormenyi-Nagy I (Eds.) (1967) *Family therapy and disturbed families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

